



Interview mit Simonetta Sommaruga, Ständerätin und EQUAM-Präsidentin
«Auch unter den Ärzten gibt es grosse Qualitätsunterschiede»

Schwerpunkt «Patientenedukation und -beratung»

Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen: Gemeinsam Ziele setzen

Schwerpunkt «Patientenedukation und -beratung»

Umstellung des Lebensstils: Verhaltenstherapie für Herzranke

Schwerpunkt «Patientenedukation und -beratung»

Die Pflege von Demenzpatienten: Angehörige nicht vergessen

Schwerpunkt «Patientenedukation und -beratung»

**Patientenschulung und Selbstmanagement:
Neue Medien als Unterstützung**

Gesundheitsmarkt im Fokus

Wettbewerb im Gesundheitswesen – eine Auslegeordnung

DRG: Ein Kürzel polarisiert

Wie die Schweiz von der deutschen Erfahrung profitieren kann

Offizielles Organ

Interview mit Simonetta Sommaruga, Ständerätin und EQUAM-Präsidentin

«Auch unter den Ärzten gibt es grosse Qualitätsunterschiede»

Die Berner Ständerätin Simonetta Sommaruga präsidiert seit letztem November die Stiftung «Externe Qualitätssicherung in der Medizin» (EQUAM). Die Konsumentenschützerin kritisiert jene Ärztinnen und Ärzte, die sich objektiven Qualitätskriterien in der Praxis verschliessen, und fordert gezielte Anreize für jene, die sich besonders um Qualität bemühen: «Am effizientesten lässt sich dies in den Tarifverträgen regeln.»

Care Management: Frau Sommaruga, schauen Sie vor einem Arztbesuch, ob die Praxis ein Qualitätszertifikat besitzt?

Simonetta Sommaruga: Bis vor kurzem erging es mir wie vermutlich den meisten Versicherten: Ich wusste gar nicht, dass es solche Zertifikate für Arztpraxen gibt. Heute bin ich sensibilisiert und weiss, dass die medizinische Qualität und die Patientensicherheit je nach Arztpraxis sehr unterschiedlich sind. Ein Qualitätszertifikat ist ein wichtiger Wegweiser.

In der letzten Ausgabe von «Care Management» sagt Richard Eisler, Geschäftsführer von comparis.ch: «Die Transparenz bezüglich Qualität (...) interessiert vielleicht ein paar Gesundheitsökonominnen und -politiker, aber nicht die Versicherten.» Zielt die Tätigkeit von EQUAM an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten vorbei?

Ich gebe Herrn Eisler recht. In der Schweiz sind die Patientinnen und Patienten an Qualitätsfragen kaum interessiert. Man sagt ihnen ja seit Jahren, dass die Schweiz zwar eines der teuersten, dafür auch das beste Gesundheitswesen der Welt habe. Bei näherer Prüfung zeigt sich, dass die praktizierte Medizin bezüglich Qualität und Patientensicherheit sehr unterschiedlich ist. Teuer und gut sind im Gesundheitswesen nicht zwingend identisch. Entscheidend für eine gute Versorgung der Patienten ist nicht die Menge oder das Modernste, entscheidend ist der Nutzen für den Patienten. Gerade in Arztpraxen wird die Qualität der medizinischen Leistungen gar nicht überprüft ...

... ausser man lässt sich von der EQUAM-Stiftung zertifizieren. Gehen Sie denn davon aus, dass es unter den Ärztinnen und Ärzten wirklich Qualitätsunterschiede gibt?

Selbstverständlich gibt es Unterschiede. So wie nicht alle Lehrerinnen gleich gut unterrichten und alle Köche gleich

gut kochen, gibt es auch unter den Ärztinnen und Ärzten grosse Unterschiede. Wenn diese sagen, dass die Qualität nicht messbar sei, weil die Arzt-Patienten-Beziehung vom Vertrauen lebe und nicht von messbaren Kriterien, dann machen sie es sich zu einfach. Zwar ist die Qualität in der medizinischen Versorgung eine sehr komplexe Angelegenheit. Sie hängt von der Persönlichkeit des Arztes, seiner Intuition und Empathie ebenso ab wie von seiner fachlichen Aus- und Weiterbildung. Ärzte sind keine Übermenschchen, deshalb brauchen sie auch gut aufbereitete Informationen, die Vernetzung mit Fachleuten und den kritischen und offenen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Ebenso müssen die technischen Voraussetzungen stimmen. Am meisten interessieren die Behandlungsergebnisse; nur indem man sie miteinander vergleicht, erhält man Auskunft über die Qualität.

Bei den Lebensmitteln gibt es eine grosse Vielfalt an Labels – bis hin zur Verwirrung. Im Gesundheitswesen erhält das EQUAM-Label auch zunehmend Konkurrenz. Worin hebt sich das EQUAM-Label von den anderen ab?

Ich möchte vorausschicken, dass ich froh bin, wenn das EQUAM-Label Konkurrenz bekommt. Dann können wir uns profilieren und damit hoffentlich auch das In-



Simonetta Sommaruga

Am meisten interessieren die Behandlungsergebnisse; nur indem man sie miteinander vergleicht, erhält man Auskunft über die Qualität.

teresse von Patienten, Ärzten und Krankenversicherern wecken. Damit ein Qualitätslabel glaubwürdig ist, müssen bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt sein:

- Die Kriterien und Richtlinien müssen für alle Akteure transparent sein und offengelegt werden.
- Es braucht eine unabhängige Kontrolle.
- Nebst der Selbstbeurteilung ist immer auch eine neutrale Fremdbeurteilung notwendig.

- Ein Label der medizinischen Versorgung muss sowohl Kriterien für das Praxismanagement als auch für die klinische Leistung umfassen.

Wenn diese vier Grundvoraussetzungen erfüllt sind, kann ein Label unterschiedlich hohe Qualitätsstandards verfolgen. Das EQUAM-Label mit seinen hohen Anforderungen ist zur Zeit wohl die «Bio-Knospe» für Schweizer Arztpraxen.

Sollte per Gesetz ein einziges Label zum Goldstandard für ärztliche Qualität bestimmt werden?

Als Konsumentenschützerin wehre ich mich gegen ein staatlich festgelegtes Einheitslabel für Lebensmittel. Qualität braucht immer auch Konkurrenz. Hingegen plädiere

**Besondere Anstrengungen für medizinische
Qualität und Patientensicherheit müssen
in Zukunft auch finanziell abgegolten werden.**

ich dafür, dass der Staat – wie mit der Bioverordnung – Mindestanforderungen an Arztpraxenlabels stellt. Und ich würde noch weitergehen: Arztpraxen, die über das KVG abrechnen wollen, sollen in Zukunft gewisse Mindestqualitätsstandards erfüllen müssen. Schliesslich ist der Zugang der Ärzte zur Grundversicherung eine Art von Einkommensgarantie, die den vom Staat gewährten Direktzahlungen an die Bauern gar nicht so unähnlich ist. In solchen Situationen ist es üblich, dass der Staat gewisse Anforderungen an die Qualität definiert.

Die Zahl der Ärzte und Netze, die sich bisher von EQUAM zertifizieren liessen, ist auch nach zehn Jahren bescheiden. In der Öffentlichkeit dürfte das Label nahezu unbekannt sein. Wie wollen sie das ändern?

Gemäss KVG ist der Bundesrat für die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung zuständig. Doch darauf

warten wir seit über zehn Jahren vergeblich. Private Organisationen wie EQUAM mussten diese Arbeit praktisch im Alleingang übernehmen; sie haben enorme Vorarbeiten geleistet für die Definition und Kontrolle von Qualität in der ambulanten Medizin. Jetzt geht es aber darum, dass wir diese Arbeiten und damit auch unser Label einer breiteren Öffentlichkeit bekanntmachen. Im Stiftungsrat von EQUAM sind Patientenorganisationen, die FMH und santésuisse vertreten. Wir werden diese Kanäle nutzen. Mit der Verbesserung des Risikoausgleichs ab 2012 haben wir ausserdem die Chance, dass sich die Versicherer vermehrt um die Qualität statt um die Risikoselektion bemühen.

Für einen Arzt oder eine Ärztin ist ein Label am interessantesten, wenn es (auch) einen materiellen Nutzen bringt. Setzen Sie sich auf politischer Ebene dafür ein, dass EQUAM-zertifizierte Ärzte einen materiellen Vorteil haben, zum Beispiel einen höheren Taxpunktwert?

Besondere Anstrengungen für medizinische Qualität und Patientensicherheit müssen in Zukunft auch finanziell abgegolten werden. Das ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass sich die Qualitätsanforderungen auch durchsetzen lassen. Am effizientesten lässt sich dies in den Tarifverträgen regeln, und zwar mit einem höheren Taxpunktwert, mit Weiterbildungscredits oder anderen Instrumenten. Die Politik hingegen braucht es, um Mindestqualitätsstandards für *alle* Arztpraxen, die über das KVG abrechnen wollen, durchzusetzen. Das ist im Interesse der gesamten Bevölkerung.

Interview: Urs Zannoni

Korrespondenz:

Simonetta Sommaruga

Büro Sommaruga

Postfach 225

3000 Bern 7

simonetta.sommaruga@parl.ch



Martina Merz-Staerke zum Schwerpunkt «Patientenedukation und -beratung»

Gemeinsam Ziele setzen

Therapieziele auf die Bedürfnisse der Patienten abzustimmen, verspricht Erfolg



Martina Merz-Staerke

Gemäss WHO wird die Zahl chronisch erkrankter Menschen weltweit markant ansteigen. Lag der Anteil von Menschen mit chronischen Krankheiten im Jahr 2000 bei 46%, so soll dieser bis ins Jahr 2020 auf 60% ansteigen. Dies entspricht 3 bis 4 Millionen Menschen in der Schweiz, deren Erkrankung mit Auswirkungen auf das tägliche Leben verbunden ist und die lebenslang mit mehr oder weniger einschneidenden Einschränkungen leben müssen.

Patientenberatung bedeutet viel mehr als die mündliche Weitergabe von Informationen, das Erteilen von Anweisungen und das Aufzeigen von Verboten. Das heutige Verständnis von Patientenberatung oder Patienten- und Angehörigenedukation basiert auf dem Verständnis von Adherence. Dieser Begriff bezeichnet die Einhaltung der zusammen mit dem Patienten gesetzten Therapieziele. Grundlage einer erfolgreichen Therapie ist deswegen die Berücksichtigung der individuellen und alltagsbezogenen Bedürfnisse des Patienten sowie die Berücksichtigung von Faktoren, die es ihm erschweren, das Therapieziel zu erreichen bzw. die gesundheitsfördernden und -erhaltenden Massnahmen umzusetzen.

Patienten- und Angehörigenedukation ist kein Modetrend, sondern angesichts der epidemiologischen Herausforderungen eine klare Konsequenz und ein humaner Auf-

trag! Eine effektive Patienten- und Angehörigenedukation zahlt sich übrigens auch aus. Eine experimentelle Studie zu Patientenschulung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II in der Schweiz (Gozzoli et al, 2001) zeigte, dass dank der multifaktoriellen Intervention die Kosten über die gesamte Behandlungszeit um 7313.– Schweizer Franken pro Patient gesenkt werden konnten und die Patienten im Durchschnitt 9,17% mehr Lebensjahre gewannen. Bei einer Zahl von 285 000 Menschen mit Diabetes führt dies zu einer Ersparnis von 194 Millionen Schweizer Franken pro Jahr. Ein beachtliches Ergebnis!

Aufgrund der Anzahl chronisch erkrankter Menschen wird ersichtlich, dass dem Thema Patienten- und Angehörigenedukation in allen Bereichen des Gesundheitswesens eine enorme Bedeutung zukommt. Es braucht kompetente Ärztinnen, Ärzte und diplomierte Pflegefachpersonen mit einem fundierten Wissen und hoher Sozialkompetenz, um diese anspruchsvolle Aufgabe erfolgreich auszuführen. Aber ohne zugesprochene Zeitressourcen kann dieser Auftrag nicht kompetent, d.h. nicht effektiv und effizient, ausgeführt werden.

Stellen wir uns den Herausforderungen und engagieren uns für eine kompetente Patienten- und Angehörigenedukation zugunsten der Betroffenen.

Prof. Martina Merz-Staerke, MSc

Leiterin Fachbereich Gesundheit

Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen

Tellstrasse 2, 9001 St. Gallen

martina.merz@fhsg.ch, www.fhsg.ch

Manuela Eicher

Ein gesunder Umgang mit Krankheit

Patientenedukation unterstützt das Selbstmanagement

Die Beratung und Schulung der Patienten spielt eine immer wichtigere Rolle in der Gesundheitsversorgung. Zunehmend richtet sich dabei der Fokus auf die Unterstützung des Selbstmanagements. Diese Patientenschulungsprogramme basieren auf verschiedenen Modellen. Eines davon ist die Theorie der Selbstwirksamkeit.

Kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Adipositas, Krebs und Erkrankungen der Atemwege sind für 86% der Todesfälle und 77% der durch Krankheit verursachten psychosozialen und physischen Belastungen in Europa verantwortlich [1]. Durch Veränderungen des Lebensstils liessen sich diese Zahlen in einer relativ kurzen Zeitspanne deutlich reduzieren. Allerdings stellt sich dabei die zentrale Frage, mit welchen Methoden Patienten zu einer Veränderung ihres Lebensstils motiviert werden können. Menschen, die lange mit ihrer Erkrankung leben und zu Experten für ihre Krankheit werden, brauchen komplexere, intrinsisch orientierte Angebote, die einen Bewältigungsprozess zulassen. In den seltensten Fällen wird eine chronische Krankheit ausschliesslich durch ärztliche Interventionen – wie beispielsweise die Verordnung von Medikamenten – bewältigt. Sie bedingt immer einen Prozess der Auseinandersetzung und eine kontinuierliche Anpassung an die sich verändernden Umstände der chronischen Krankheit. Hier setzen die Konzepte der Patientenschulung und -beratung an.

Eine eindeutige Definition der Begriffe Patientenschulung und -beratung existiert derzeit nicht. Eine Zuordnung dieser Begriffe unter das Schirmkonzept des englischen Begriffs «patient education» erscheint sinnvoll [2–4]. Lorig definiert «patient education» als ein Set von geplanten Aktivitäten, die das Gesundheitsverhalten des Patienten oder dessen Gesundheitsstatus oder beides zusammen verbessern sollen, nicht aber ausschliesslich auf die Verbesserung des Wissensstandes der Patienten abzielen [3]. Noch weiter definiert die Datenbank Medline in den sogenannten Medical Subject Headings (MeSH-Terms) das Schlagwort «Patient Education» als «teaching and training of patients concerning their own health needs» [5].

Patientenschulung und -beratung haben in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen, wie die Zunahme von Publikationen zu diesen Themen zeigt. Von 1990 bis 2007 stieg die Anzahl von Artikeln, die dem Suchbegriff «Patient Education as Topic» (MeSH-Term) zugeordnet sind, von 1436 auf 3523 (Abb. 1).



Manuela Eicher

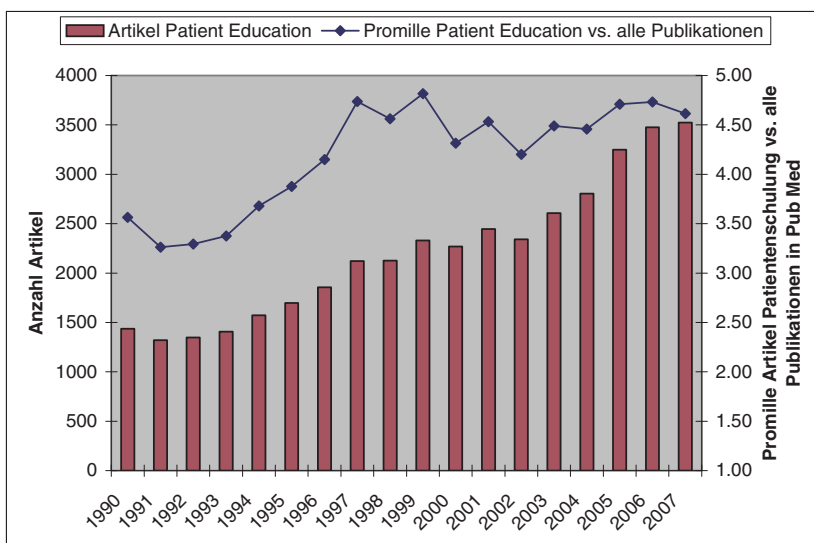


Abbildung 1

Anzahl Publikationen in der Pub-Med-Datenbank (1990–2007), die mit dem Schlagwort «patient education» verknüpft sind, und Promille der Patient-education-Artikel im Verhältnis zu allen Pub-Med-Publikationen (Suche wurde am 7. Dezember 2008 durchgeführt).

Patienten und Angehörige werden zu Partnern

Die genannten Herausforderungen bedingen eine Behandlung, die unter anderem eine strikte Patientenbeteiligung am eigenen Versorgungsprozess sowie Unterstützungsleistungen zur Selbsthilfe bzw. zum Selbstmanagement garantiert [6]. Dies ebnet den Boden für ein neues Verständnis insbesondere im Bereich chronischer Erkrankungen, das zunehmend auf ein *partnerschaftliches* Verhältnis zwischen Patienten und professionellen Akteuren abzielt [7]. Die notwendige Patientenbeteiligung hat ihre ethischen Grenzen jedoch dort, wo Patienten sich mit ihren Gesundheitsproblemen allein gelassen fühlen.

Schulung und Beratung: Instrumente zur Förderung des Selbstmanagements

In einem partnerschaftlichen Modell haben Ärztinnen, Ärzte, Pflegende und weitere Gesundheitsberufe die Aufgabe, Patienten und deren Angehörige in die Lage zu versetzen, möglichst selbständig mit ihrer Krankheit umzugehen. Zu diesem Zweck werden zunehmend Edukationsprogramme entwickelt, die primär folgende Ziele verfolgen [8]:

- Betroffene entwickeln Problemlösungsstrategien
- Sie können im Alltag informierte Entscheidungen treffen

- Sie kennen und nutzen Unterstützungsangebote
- Sie entwickeln ein partnerschaftliches Verhältnis zu medizinischem Fachpersonal
- Sie fühlen sich handlungsfähig.

Um diese Ziele erreichen zu können, müssen Patienten und deren Angehörige zum sogenannten Selbstmanagement (self-management) befähigt werden. Der Begriff Selbstmanagement bringt zum Ausdruck, dass die Betroffenen *aktive* Teilnehmende im Behandlungsprozess sind. Darüber hinaus lässt sich der Begriff problemlos auch auf Angehörige beziehen, die häufig genauso intensiv oder sogar intensiver in den Krankheitsverarbeitungsprozess integriert sind als die Patienten selbst. In der PubMed wird self management derzeit noch dem MeSH-Term «Self Care» zugeordnet. Er wird definiert als: «Performance of activities or tasks traditionally performed by professional health care providers. The concept includes care of oneself or one's family and friends» [5]. Insgesamt finden sich zu diesem Schlagwort zwar weniger Artikel, der kontinuierliche Anstieg an Publikationen – auch im Verhältnis zu den Gesamtpublikationen – ist aber bis anhin ungebrochen (Abb. 2)

Abgeleitet von der Aussage Gregory Batesons, dass man «nicht nicht kommunizieren» könne, konstatieren Lorig und Holman in Bezug auf das Selbstmanagement: «Man kann nicht nicht managen» [8].

Glossar

Adherence

Ausmass, mit welchem das Verhalten eines Patienten mit den Empfehlungen übereinstimmt, die er von einer Person aus dem Gesundheitsbereich erhalten und mit denen er sich einverstanden erklärt hat.

Anleitung

Anleitung ist die strukturierte Vermittlung ergebnisorientierter Fertigkeiten.

Beratung

Beratung ist ein ergebnisoffener dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird.

Compliance

Bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und repräsentiert eine Sicht, wonach die Verantwortung für einen Therapieerfolg oder Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt.

Information

Die Information stellt eine klassische Form der Wissensvermittlung dar und ist durch einen unidirektionalen Weg gekennzeichnet.

Patientenedukation

Die Patientenedukation geht der Frage nach, welches Wissen und Können Menschen benötigen, um im Alltag mit den Folgen ihrer Krankheit und Therapie umzugehen. Sie beinhaltet alle Formen der Wissensvermittlung wie die strukturierte Schulung, Anleitung, Information und Aufklärung. Sie beinhaltet aber auch die professionelle Beratung zu Fragen von Patienten und ihren Angehörigen.

Schulung

Schulung ist ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Selbstmanagement, gesundheitsbezogen

Selbständiger Umgang von Patienten und ihren Angehörigen mit den Auswirkungen der Erkrankung mit therapeutischen Interventionen (z.B. Medikamenteneinnahme) sowie deren Folgen.

Selbstpflege

Wird häufig synonym zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement verwendet. Im pflegerischen Kontext jedoch auch pflegetheoretisch definiert durch die Selbstpflege-defizit-Theorie von D. Orem. Danach ist Selbstpflege ein erlerntes, bewusst ausgeführtes und zielgerichtetes Verhalten zum Erreichen von Gesundheit, Leben und Wohlbefinden.

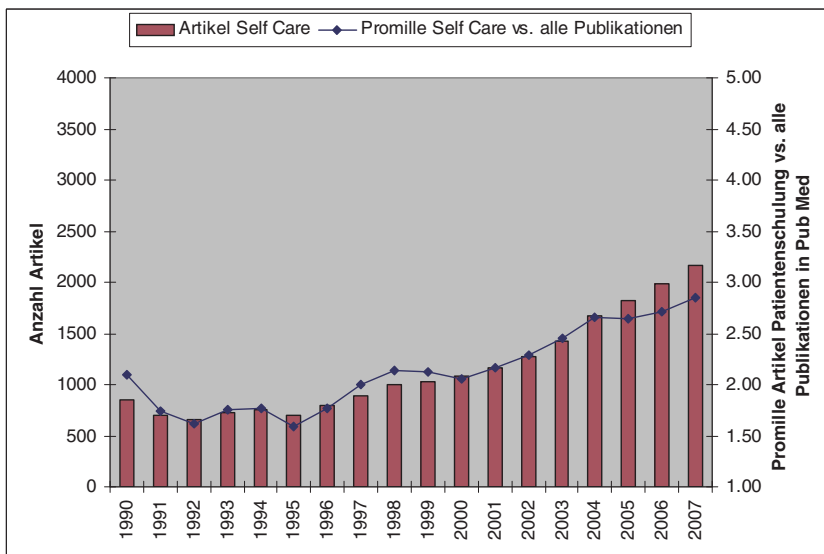


Abbildung 2

Anzahl Publikationen in der Pub-Med-Datenbank (1990–2007), die mit dem Schlagwort «self care» verknüpft sind, und Promille der Patient-Education-Artikel im Verhältnis zu allen Publikationen der Pub Med (Suche vom 7. Dezember 2008).

Selbstmanagement bei chronischen Krankheiten umfasst drei zentrale Aufgabenbereiche [9]:

- Der erste Bereich des medizinischen Managements umfasst Aufgaben wie die exakte und regelmässige Einnahme von Medikamenten oder die adhärenzte Umsetzung von Diätempfehlungen.
- Der zweite Bereich beinhaltet die Ausübung, Anpassung oder Entwicklung neuer Verhaltensweisen oder Rollen. Er kann beispielsweise die Anpassung der Verteilung der Haushaltsaufgaben in einer Familie bedeuten, in der die Mutter aufgrund einer Chemotherapie an Fatigue leidet.
- Im dritten Bereich wird die Bewältigung emotionaler Belastungen beschrieben, die die Sicht auf die Zukunft verändert. Wut, Trauer, Angst und Depression sind häufige Begleiterscheinungen von Krankheitsprozessen und beeinflussen das Selbstmanagement der Betroffenen.

Patienten, die innerhalb dieser Aufgabenbereiche nicht aktiv werden, beeinflussen ihren Krankheitsprozess im gleichen Ausmass, wie es Patienten tun, die sich an ihrem Behandlungsprozess beteiligen. Programme zur Verbesserung des Selbstmanagements sollten nach Möglichkeit alle drei Ebenen ansprechen [8].

Theoretische Grundlagen der Patientenschulung und -beratung

Frühe Ansätze von Patientenschulungen orientierten sich am Modell der klassischen Reiz-Reaktions-Theorie: Ein Patient, der ein Rezept für ein Medikament erhält und dem eingeschärft wird, dieses täglich nüchtern einzunehmen und sich bei Auffälligkeiten zu melden (Reiz),

wird dieses auch tun (Reaktion). Patienten, die dieser Logik nicht Folge leisteten, wurde die Diagnose «Non-compliance» zugeschrieben – sprich, sie widersetzten sich dem Befolgen des medizinischen Ratschlages. Heute spricht man dagegen zunehmend von Adhärenz (adherence), d.h. Patienten sollten die Behandlungsempfehlung gemeinsam mit ihrem Arzt oder anderen Fachpersonen diskutieren und eine Umsetzung der Empfehlung planen, um eine zuverlässige Umsetzung dieses Plans zu gewährleisten. Dieser Perspektivenwechsel im Umgang mit Patienten basiert auf motivations- und lerntheoretischen Ansätzen, die heute die konzeptionellen Grundlagen für die Entwicklung von Patientenschulungs- und -beratungsprogrammen zur Förderung des Selbstmanagements bilden. Banduras Social Cognitive Theory, Prochaskas Transtheoretical Model of Behavior Change, das Health Belief Model oder das Precede-Proceed-Modell von Greene und Kreuter sind häufig verwendete Modelle, die sich als theoretische Rahmen in diversen Patientengruppen und -settings bewährt haben [3, 4, 10]. Diese Theorien gründen in der Annahme, dass das Gesundheitsverhalten von Patienten und Angehörigen aus rationalen, kognitiven Entscheidungen resultiert, die durch den Wunsch motiviert sind, Krankheit und Behinderung zu vermeiden. Daher ist die Einschätzung der Einstellungen und kognitiven Möglichkeiten der Betroffenen ein wesentlicher Ausgangspunkt jeder Intervention, die zur Verbesserung des Selbstmanagements angeboten wird. Gleichzeitig gilt es einzuschätzen, ob und wie Betroffene ihr Gesundheitsproblem wahrnehmen: Nur wenn ein Problem von den Betroffenen als Problem erkannt wird, werden diese motiviert sein, es selbst anzugehen [8].

Die Theorie der Selbstwirksamkeitsüberzeugung: Yes, I can!

Für das Selbstmanagement besonders wichtig ist die Berücksichtigung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die auf die sozialpsychologische Theorie von Bandura zurückgeht [11]. Selbstwirksamkeit bezieht sich auf einen konkreten Bereich, der durch das eigene Verhalten beeinflusst und kontrolliert werden kann. Grundvoraussetzung

Grundvoraussetzung des Selbstmanagements

ist der Glaube an die eigene Fähigkeit, eine Handlung auszuführen oder sich ein Verhalten anzueignen.

ist der Glaube an die eigene Fähigkeit, eine Handlung auszuführen oder sich ein Verhalten anzueignen. Selbstwirksamkeit umfasst zwei zentrale Erwartungen, die sich auf das Handeln auswirken. Einerseits haben Menschen eine Wirksamkeitserwartung, d.h. bestimmte Annahmen bezüglich der Durchführbarkeit eines Verhaltens. Andererseits haben Menschen eine Ergebniserwartung, d.h., dass gewisse Verhaltensweisen das angestrebte Ziel erreichen lassen. Positive Bestätigung der Wirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung wirken sich steigernd auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung aus. Ein Beispiel: Ein Patient, der überzeugt ist, dass er in der Lage ist, die progressive Muskelrelaxation selbstständig durchzuführen und dieses Verfahren ihm seine nächtlichen Angstzustände mindern wird, entwickelt umso mehr Vertrauen in seine Selbstwirksamkeit, wenn er bei nächtlichen Angstsymptomen tatsächlich in der Lage ist, eine Muskelrelaxationsübung durchzuführen und diese zum gewünschten Erfolg führt. Diese positive Erfahrung wird sich auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung auswirken und in einer zukünftigen Situation genutzt werden können. Gleichzeitig muss bedacht werden, dass der Kontext einen enormen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit hat. Auch wenn dieser Patient die Muskelrelaxation in einer vertrauten Umgebung anwenden kann, gelingt es ihm eventuell nicht, diese auch während der ambulanten Behandlung, umgeben von anderen Patienten, anzuwenden.

Methodische Umsetzung

Durch die Entwicklung der medialen Möglichkeiten steht heute eine Fülle an Methoden zur Patientenschulung und -beratung zur Verfügung (Tab. 1). Je nach Krankheitsbild kann man eine Überforderung der Patienten aufgrund der Informationsfülle vermuten. Daher müssen

die verwendeten Methoden gezielt ausgewählt und auf die Einschätzung des individuellen Lernbedarfs und den kulturellen Hintergrund abgestimmt werden. Häufig bietet es sich zu Beginn eines Krankheitsprozesses an, Eins-zu-eins-Schulungen durchzuführen. Betroffene befinden sich in einer Adaptationsphase, in denen das Bedürfnis nach geschützter Intimsphäre und individueller Begegnung gross sein kann. Zu einem späteren Zeitpunkt kann vielen Betroffenen die Teilnahme an einem Gruppenschulungsprogramm hilfreich sein. Hier bietet sich neben dem Wissens- und Fertigkeitserwerb auch die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Weitere Methoden sind Referate von Fachpersonen und Präsentationen, wobei in diesen nur begrenzt auf individuelle Bedürfnisse Rücksicht genommen werden kann.

Schulungskonzepte und Programme

Die verschiedenen Aufgabenbereiche des Selbstmanagements und die theoretischen Annahmen bezüglich der Möglichkeiten der Unterstützung machen deutlich, dass sich Veränderungen nicht durch ein extrinsisches Reiz-Reaktions-Muster und mittels einfacher Interventionen erreichen lassen. Im Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel werden derzeit verschiedene Programme zur Unterstützung des Selbstmanagements entwickelt und wissenschaftlich evaluiert (www.nursing.unibas.ch). Beispielsweise entwickelt und evaluiert Koller ein Programm, mit dem Patienten im Selbstmanagement ihrer krebsbedingten Schmerzen zu Hause unterstützt werden. Mittels Informationsvermittlung, Aufbau von Fertigkeiten und fortlaufendem Coaching werden Patienten und Angehörige zur Verbesserung des Schmerzmanagements informiert, geschult und beraten. In Hausbesuchen und telephonischen Beratungen lernen sie über zehn Wochen die Anwendung eines Schmerztagebuches und einer Medikamentendosett. Sie erhalten Instruktionen zur Kommunikation mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden. Auf Basis der persönlichen Vorkenntnisse und Erfahrungen wird ein Coaching angeboten, bei dem es unter anderem um das Formulieren persönlicher Zielsetzungen geht. Um die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu fördern, wird dabei darauf geachtet, realistische Ziele zu setzen. So kann es bereits als Erfolg erlebt werden, wenn durch das Ausschöpfen der Bedarfsmedikation zwei Stunden schmerzfreier Schlaf möglich werden. Neben der Schmerzfreiheit wird gleichzeitig das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit erreicht. Damit wird ein entscheidender Grundstein für eine nachhaltige Wirkung der Patientenschulung und -beratung zur Förderung des Selbstmanagements gelegt.

Tabelle 1

Vor- und Nachteile verschiedener Medien zur Patientenschulung und -beratung (adaptiert nach Mathis-Jäggi [12], mit freundlicher Genehmigung durch den Verlag Hans Huber).

Hilfsmittel	Vorteile	Nachteile
Schriftliche Informationen wie Merkblätter oder Broschüren	Standardisiert mit der Konsequenz, dass von allen die gleichen Informationen weitergegeben werden. Unterstützen interaktives Lernen. Informationsquelle, die für die Patientin erhalten bleibt. Lassen sich relativ einfach aktualisieren	Patientin muss über Lesekompetenz verfügen. Das Geschriebene muss mit dem Gesagten übereinstimmen. Die Unterlagen müssen (in diversen Sprachen) verfügbar sein, Lagerungs- und Nachbestellungssystem muss funktionieren. Können begrenzt auf individuelle/spezifische Bedürfnisse abgestimmt werden.
Anschauungs- und Übungsmaterial	Patienten können Material anfassen, auseinandernehmen und wieder zusammensetzen.	Hauptsächlich für haptische Lerntypen geeignet.
Multimedia: Kombination verschiedener Medien wie Film, Ton, Dias, interaktive Computerprogramme	Mensch lernt am besten, wenn mehrere Sinneskanäle angeregt werden. Lerntempo selber wählbar.	Die Erstellung ist aufwendig. Umgang mit Medium muss vertraut sein. Muss in verschiedenen Sprachen erhältlich sein.
Anatomische Modelle	Wecken Interesse. Zeigen Proportionen.	Modelle sind teuer.
Poster	Informationen lassen sich vereinfachend und zusammenfassend darstellen. Günstig und selbst herstellbar.	Passive Teilnahme der Patientin.
Folien/Powerpoint	Eignen sich für Gruppenschulungen. Verdeutlichen Kernpunkte.	Passive Teilnahme der Patienten.
Flipcharts	Verdeutlichen einfache Gedankengänge.	Bedingen eine gut leserliche Handschrift.
Lern-CDs, -Kassetten	Einfach zu benutzen. Klein und gut zu transportieren. Preiswert herzustellen.	Nicht geeignet für Hörbehinderte. Muss in verschiedenen Sprachen erhältlich sein.

Literatur

- 1 WHO. 2008. Noncommunicable diseases.
- 2 London, F. Informieren, schulen, beraten. Praxishandbuch zu pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Verlag Hans Huber 2003.
- 3 Lorig, K. Patient Education. A Practical Approach. Thousand Oaks: Sage 2001.
- 4 Rankin, SH, Stallings, KD. Patient education: Principles and Practice. Philadelphia: Lipincott 2001.
- 5 PubMed: Aufgesucht im Dezember 2008 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>.
- 6 Giger, M, De Geest, S. Neue Versorgungsmodelle sind gefragt. SÄZ. 2008.:43–50.
- 7 Bodenheimer, T, Lorig, K, Holman, H, Grumbach, K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama* 2002;288:2469–75.
- 8 Lorig, KR, Holman, H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1–7.

- 9 Corbin, J, Strauss, A. Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home. San Francisco: Jossey-Bass 1988.
- 10 Redman, BK. Patientenschulung und -beratung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH 1996.
- 11 Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman. 1997.
- 12 Mathis-Jäggi, F, Eicher, M. Patientenedukation. In: Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und weitere Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber 2008:415.

Korrespondenz:

Dr. Manuela Eicher
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Basel
Bernoullistrasse 28
4056 Basel
manuela.eicher@unibas.ch

Eva-Maria Panfil

Ohne aktiven Patienten kein Erfolg

Nur wer die Bedürfnisse kranker Menschen kennt, kann diese zur Mithilfe motivieren

Um Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten erfolgreich helfen zu können, braucht es deren aktive Mithilfe. Dafür müssen jedoch die Ziele und Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und in die Betreuung miteinbezogen werden. Viele Patienten wünschen sich nichts sehnlicher als einen «normalen» Alltag. Ein optimales Krankheitsmanagement spielt für sie hingegen eine untergeordnete Rolle.



Eva-Maria Panfil

Leben mit einer chronischen Krankheit bedeutet für Betroffene, so eine Patientin, mit einer Krankheit zu leben, «die mich nicht mehr verlässt». Sie müssen ihren Alltag verändern, damit Beschwerden reduziert und Komplikationen verhindert werden. Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden leiden unter Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen, Wundnässe und -geruch, Müdigkeit und Schlafstörungen, Energiemangel, Jucken und Schwellungen der Beine, Muskelkrämpfen, Einschränkungen der Aktivitäten, Be-

einträchtigungen im sozialen Leben, beruflichen und finanziellen Belastungen [1]. Diese Themen entfalten ihre Bedeutung im Alltag der Betroffenen. Am Beispiel der Mobilität sollen die damit verbundenen Alltagseinschränkungen gezeigt werden.

Die Einschränkung der Bewegung, die eine prioritäre therapeutische Massnahme für Patienten mit diabetischem Fussyndrom darstellt, ist der wesentliche Lebensqualität mindernde Faktor für die Betroffenen. Mobilitätseinschränkungen behindern die Patienten in der Ausübung notwendiger täglicher Aktivitäten, wie zum Beispiel Hausarbeit und Freizeitgestaltung, Einschränkungen in der Kleidungswahl oder Körperpflege. Dies wirkt sich auf das Selbstwertgefühl und auch auf alle anderen Komponenten der Lebensqualität aus. Patienten berichten von Langeweile, da sie zu Hause bleiben müssen. Das Tragen spezieller Schuhe wird als Stigma empfunden und behindert zusätzlich in den Alltagsaktivitäten. Patienten mit diabetischem Fussyndrom berichten von dem Gefühl, den Angehörigen eine Last zu werden. Dies führt übrigens am häufigsten zu einer mangelnden Compliance [2]. Auch

wenn die Patienten die Unterstützung durch Angehörige dankbar zu würdigen wissen, erhöht die damit verbundene Abhängigkeit innerfamiliäre Spannungen.

Patienten mit einem Ulcus cruris können Treppen schlecht steigen oder haben Probleme, in den Bus zu gelangen. Damit sind Arztbesuche und das Führen sozialer Kontakte eingeschränkt. Sie meiden aus Angst, sich zu stossen und eine neue Wunde zu verursachen, bestimmte Aktivitäten. Sie gehen nicht in Supermärkte, vermeiden den direkten Kontakt mit ihren Enkelkindern oder weichen Katzen aus [3].

Transfer abstrakter Massnahmen in den Alltag

Patienten erhalten Verhaltensempfehlungen, deren Relevanz für ihren eigenen Alltag sie jedoch erst selbst entdecken müssen. Dies gelingt nicht allen Patienten gleichermaßen erfolgreich und führt deswegen zu mangelhaft ausgeführten Lebensstiländerungen. So lautet die Empfehlung für Patienten mit chronisch venöser Insuffizienz beispielsweise, Wärme zu vermeiden, d. h. Saunabesuche, Sonnenbaden der Beine und Waschen mit heissem Wasser. Nur wenige Patienten und noch weniger Gesund-

Patienten erhalten Verhaltensempfehlungen, deren Relevanz für ihren eigenen Alltag sie jedoch erst selbst entdecken müssen. Dies gelingt nicht allen Patienten gleichermaßen erfolgreich.

heitsversorger wissen, dass dies auch heisst, im Winter die Autoheizung an den Füßen wegzulassen und wärmende Schuhe und Strümpfe zu vermeiden.

Medizinische Fachbegriffe ohne verständliche Übersetzungen

Viele Patienten können die Bedeutung therapeutischer Massnahmen nur unzureichend nachvollziehen, weil sie die medizinischen Fachbegriffe nicht verstehen. Sie kritisieren, dass die Behandlung nicht erklärt werde und widersprüchliche Aussagen und Ratschläge gegeben würden [3]. Patienten assoziieren mit «Trauma» als Ursache für einen Ulkus am Bein psychische Traumata und kön-

nen mit dem Begriff «venös» wenig anfangen [4]. Häufig wird ein Stoss als Ursache der Wunde begriffen, jedoch kein Zusammenhang mit Venenproblemen gesehen [5]. Patienten mit Dekubitus verbinden mit dem Wort «Ulkus» ein Magengeschwür und können keinen Zusammenhang mit dem Druckgeschwür herstellen [6].

Reduktion der Schulung oft nur auf ausführende Tätigkeiten

In der Regel werden Patienten nur in der Durchführung bestimmter Massnahmen geschult (bspw. Verbandwechsel). Ein adäquates Selbstmanagement hinsichtlich der Ausführung bestimmter Handlungen basiert jedoch auf drei notwendigen Aktivitäten [7]:

- Sie müssen einen Bedarf einschätzen können
- Sie müssen entscheiden können, was am besten zu tun ist
- Sie müssen dies sachgerecht durchführen.

Wer beispielsweise nicht wahrnimmt, weil er es nicht gelernt hat, keine Zeit hat, darauf zu achten oder es nicht als wichtig empfindet, dass der Wundbelag sich verändert hat, wird keine entsprechenden Massnahmen durchführen, beispielsweise einen Besuch beim Arzt. Oft neigen wir dazu, in der Schulung nur den letzten Schritt zu lehren, die Durchführung von Massnahmen: Bitte suchen Sie, wenn sich etwas verändert, sofort den Arzt auf. Was jedoch soll sich denn ändern können? Und haben Patienten gelernt, dies wahrzunehmen? Dies führt dazu, dass Patienten zwar einen sachgerechten Verbandwechsel durchführen, die Wunde und ihre Zeichen aber nicht interpretieren können und im Bedarfsfall inadäquat handeln. Der Grund, warum Patienten oft erst viel zu spät eine Versorgung aufsuchen, liegt darin, dass Patienten bestimmte Anzeichen des Körpers nicht wahrnehmen und/oder deren Dringlichkeit nicht adäquat einschätzen können.

Mangelnde Auseinandersetzung mit den Krankheitsvorstellungen der Patienten

In einer Studie wurden Patienten befragt, die von Pflegekräften als «noncompliant» mit der Kompressionstherapie eingeschätzt wurden [5]. Diese, so das Ergebnis der Studie, würden die Verordnungen nicht missachten, weil sie selbst «unkooperativ, dumm oder dickköpfig» seien. Professionelle sollten identifizieren, welche Gründe Patienten bewegen, bestimmte Entscheidungen zu treffen. So wurde es von Patienten als unverständlich empfunden, dass das

Wundsekret, welches als Eiter identifiziert wurde, durch die Kompression ins Bein zurückgedrückt wurde. Deswegen verzichteten sie auf Kompression. Pflegende Angehörige wissen häufig nicht, dass ein Dekubitus vermeidbar ist. Für viele Menschen ist er Ausdruck für die Schwere der Erkrankung.

Patientenorientierte statt krankheitsorientierte Schulung und Beratung

Patienten mit chronischen Erkrankungen wünschen sich angesichts der vielen notwendigen krankheitsbezogenen Massnahmen weniger ein optimales Krankheitsmanagement, als vielmehr, «Alltagsnormalität» zu erreichen. Sie erwarten von Professionellen eine Anerkennung ihres Alltags, ihres Erlebens und Hilfestellung bei der Gestaltung des Alltags. Dies hat Konsequenzen für die Ziele und Inhalte der Beratung und Schulung.

Literatur

- 1 Panfil E, Uschok A, Osterbrink B. Leben und Alltag von Patienten mit einer chronischen Wunde. In: Panfil E, Schröder G (Hrsg). *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Bern: Hans Huber 2009.
- 2 Goodridge D, Trepman M, Embil J. Health-related quality of life in diabetic patients with foot ulcers. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 2005;32:368–77.
- 3 Persoon A, Heinen M, van der Vleuten C, Rooij M, van de Kerkhof P, van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13:341–54.
- 4 Edwards L, Moffatt C, Franks P. An exploration of patients' understanding of leg ulceration. *Journal of Wound Care*. 2002;11:35–9.
- 5 Edwards L. Why patients do not comply with compression bandaging. *British Journal of Nursing*. 2003;12:15–6.
- 6 Langemo DK, Melland H, Hanson D, Olson B, Hunter S. The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis. *Advances in Skin and Wound Care*. 2000;13:225–35.
- 7 Orem DE. *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed, St. Louis: Mosby 2001.

Korrespondenz:

Eva-Maria Panfil, Prof. Dr. MA, RN
 Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
 Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen
 Tellstrasse 2, 9001 St. Gallen
 EvaMaria.Panfil@fhsg.ch, www.fhsg.ch/ipw

Andrea Brenner, Hans Rickli, Virpi Hantikainen, Christa Them

Verhaltenstherapie für Herzkrankte

Computerprogramme unterstützen Herzpatienten nachhaltig bei der Umstellung ihres Lebensstils

Immer mehr Mensch leiden an chronischen Herz-erkrankungen. Nach invasiven Therapieverfahren in der Akutphase brauchen die Betroffenen langfristig medikamentöse und nichtpharmakologische Unterstützung. Die Umstellung des Lebensstils ist dabei ein wichtiger Pfeiler der nachhaltigen Krankheitsprophylaxe. Neben persönlichen Beratungsgesprächen helfen den Patienten auch webbasierte Computerprogramme bei der Umsetzung der nötigen Massnahmen.

Demographische Faktoren und bessere medizinische Therapien akuter koronarer Ereignisse erhöhen die Zahl von Menschen mit einer chronischen Herzerkrankung [1]. Das Selbstmanagement der Erkrankung und deren Auswirkungen im Alltag sind zentral für die erfolgreiche Behandlung. In der aktuellen Gesundheitsvorsorge besteht noch ein grosser Bedarf in der Unterstützung der Betroffenen beim Selbstmanagement, zudem gilt es, nach weiteren Strategien und Lösungen zu suchen. Komplementär zu den persönlichen Betreuungsangeboten können Techniken wie z.B. Videophone und Internetprogramme zur Kontinuität in der Betreuung beitragen [2].

Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind die häufigsten Todesursachen weltweit. In den Industrienationen sterben etwa 50–60% der herzkranken Patienten an der koronaren Herzkrankheit (KHK) durch Herzinfarkt oder plötzlichen Herztod [1]. Weit über die Hälfte aller für die medizinische Betreuung verfügbaren finanziellen Mittel wird für die Folgen der Arteriosklerose in nahezu allen westlichen Industrienationen ausgegeben [3]. Invasive Therapieverfahren wie Ballonkatheter- und Stentbehandlung sowie Bypassoperation verbessern die Prognose und Sterblichkeit bei akuten Koronarsyndromen, haben aber keinen Einfluss auf die Ursache der Erkrankung, die Arteriosklerose [1]. Die genannten Therapieverfahren müssen durch medikamentöse und nichtpharmakologische Massnahmen ergänzt werden, welche die Arteriosklerose der Koronargefässe stabilisieren oder rückgängig machen können [4]. Das wichtigste Element der non-pharmakologischen Massnahmen ist die Modifikation des Lebensstils, wobei die Risikofaktoren Rauchen,

Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes mellitus oder körperliche Inaktivität beeinflussbar sind [5]. Die Basis für eine langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes und optimale Wirksamkeit der medikamentösen Therapie sind die Ernährungsumstellung, das Erreichen eines BMI <25, körperliche Aktivität von drei bis fünf Mal 30 Minuten pro Woche und Nikotinabstinenz [1, 6]. Des Weiteren werden ein verbessertes Stressmanagement und die Einhaltung der medikamentösen Therapie genannt [7].

Die meisten Menschen sind nicht
in der Lage, ohne gezielte Anleitung
über eine längere Zeit ihr Verhalten
zu ändern und gesundheitsrelevante Handlungen
im Alltag weiterzuführen.

Die Prävention bei Patienten mit einer KHK verfolgt das Ziel, ein weiteres koronares Ereignis zu verhindern (Sekundärprävention) [5]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für die kardiovaskuläre Rehabilitation ein Drei-Phasen-Modell (Tab. 1) entwickelt, in dem ein zeitlich unbegrenzter Support der Patienten in der Erhaltung eines gesundheitsfördernden Lebensstils festgelegt ist.

Studien zeigen, dass die positiven Resultate der beginnenden Lebensstilanpassung und medizinischen Therapie, die in ambulanter oder stationärer Rehabilitation erworben

Tabelle 1

Drei-Phasen-Modell der WHO für die Kardiovaskuläre Rehabilitation.

Phase I	Frühmobilisation während des Aufenthalts in der Akutklinik
Phase II	Strukturiertes ambulantes oder stationäres Programm in spezialisierter Institution
Phase III	Erhaltung des teilweise neu gewonnenen gesundheitsfördernden Lebensstils in wohnortnahen, ambulanten Herzgruppen ohne zeitliche Begrenzung

wurden, nur von kurzer Dauer sind. Patienten beenden oft innerhalb weniger Wochen nach der Rehabilitation die positiven Lebensstilelemente [7, 1]. Die meisten Menschen sind nicht in der Lage, ohne gezielte Anleitung über eine längere Zeit ihr Verhalten zu ändern und gesundheitsrelevante Handlungen im Alltag weiterzuführen [1, 8].

Bisher erhalten knapp zehn Prozent der Patienten aus strukturierten Rehabilitationsprogrammen der Phase II (Tab. 1) eine organisierte Langzeitbetreuung der Phase III. Selbst unter Berücksichtigung, dass dies nicht alle Patienten erfordern beziehungsweise wünschen [1] oder diese aus diversen Gründen nicht teilnehmen können [9], besteht erheblicher Nachholbedarf [1]. Das Gesundheitswesen ist auch in Zeiten knapper werdender Ressourcen gefordert, entsprechende Präventionsprogramme anzubieten [9].

Tabelle 2

Entwicklung des Übergewichts: Angaben der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, basierend auf den Daten der Gesundheitsbefragung von 2002 [12].

Body Mass Index		1992	1997	2002
Übergewicht: 25–29,9	Alle	24,9	28,1	29,4
	Frauen	17,1	21,2	21,8
	Männer	33,1	35,5	37,5
Adipositas \geq 30	Alle	5,4	6,8	7,7
	Frauen	4,7	7,0	7,5
	Männer	6,1	6,7	7,9

Patientenedukation und gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen

Einstellungs- und Verhaltensänderungen verlangen neben Zeit auch Motivation, Wissen, Selbstvertrauen und den Glauben an die eigene Wirksamkeit bezüglich der erforderlichen Handlungen. Um dies zu bewirken, müssen Information und Beratung wiederholt angeboten werden [10]. Face-to-face-Beratungen (der Ratsuchende und Beratende sitzen sich gegenüber) sind wirksam [10], aufwendig und kostenintensiv [11] und können nicht für alle der rund 38% übergewichtigen Menschen der Schweizer Bevölkerung realisiert werden (Tab. 2) [10].

Weitere Schwierigkeiten in der face-to-face-Situation sind a) die soziale Erwünschtheit von Handlungen oder Einstellungen, die den offenen und ehrlichen Umgang der Patienten mit ihren Schwierigkeiten erschwert [11], und b) die nicht überall vorhandenen Präventionsfachpersonen [10].

Interactive Health Communication Applications (IHCA) sind auf wissenschaftlichen Erkenntnissen abgestützte Computerprogramme, die Theorien der Verhaltensveränderung (z.B. transtheoretisches Stufenmodell zur Verhaltensveränderung) und die Technologie der Computer kombinieren. Sie können individuell auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt und trotzdem vielen Menschen zugänglich gemacht werden [10]. Diesen Programmen wird attestiert, dass sie den Benutzenden verschiedenartige visuelle und auditive Impulse gleichen Inhalts wiederholt anbieten und die Betroffenen anregen, neue Verhaltensweisen zu lernen [8]. Diese Vielseitigkeit in der Darstellung und die Option der häufigen Repetition sind vorteilhafter als Informationsbroschüren, die zwar kostengünstig, aber nicht wirkungsvoll sind [8, 10].

Bei kardiologischen Patienten wurden erste Untersuchungen mit IHCA durchgeführt [13, 14]. Es zeigten sich positive Effekte hinsichtlich einer enormen Kostenersparnis, einer Verbesserung der health-outcomes [14, 15], einer Steigerung des gesundheitsfördernden Verhaltens und der Adhärenz beim Medikamenten- und Gewichtsmanagement [15, 16] und einer Wissenszunahme bei den Betroffenen [16]. Im Bereich des Gewichtsmanagements erleichtern sie die Gewichtsabnahme, verhindern eine erneute Gewichtszunahme [4] und reduzieren den Konsum fetthaltiger Lebensmittel [10].

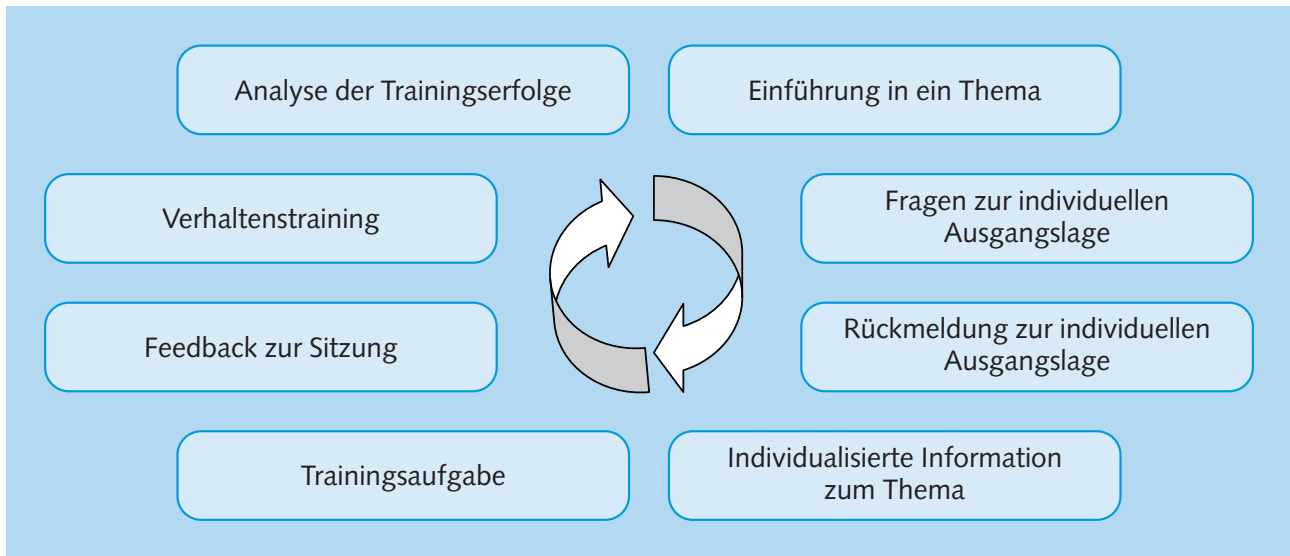
Lean-and-healthy

Als Beispiel eines IHCA wird ein Programm vorgestellt, das aufgrund seiner Zielsetzung die Sekundärprävention kardiovaskulärer Krankheiten unterstützen kann: «Lean-and-healthy» [11] ist ein strukturiertes, interaktives Trainingsprogramm für einen gesunden (healthy) Lebensstil und für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme mit den Ele-

Das Ziel des Programms ist die dauerhafte Ernährungs- und Verhaltensänderung bezüglich Nahrungsauswahl, Essverhalten, körperlicher Aktivität im Alltag, Sport, Stressbewältigung und anderer Elemente eines gesunden Lebensstils.

menten Exercise (körperliche Bewegung), Attitudes (Einstellung) und Nutrition (Ernährung). Das Programm wurde an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg von einem Team aus Psychologen, Ernährungswissenschaftlern und Sportmedizinern entwickelt und ist seit 2001 übers Internet erhältlich. Das Ziel ist die Aneignung einer dauerhaften Ernährungs- und Verhal-

Abbildung 1 Ablauf und Struktur der Online-Sitzungen [17].



tensänderung bezüglich Nahrungsauswahl, Essverhalten, körperlicher Aktivität im Alltag, Sport, Stressbewältigung und anderer Elemente eines gesunden Lebensstils.

Aufbauend auf den Prinzipien der Verhaltensmodifikation erhalten die Anwendenden während 50 Wochen wöchentlich Informationen, Trainingsaufgaben und Beratungshilfe. Die Durchführung erfolgt mittels interaktiver Onlinesitzungen der Teilnehmenden (Abb. 1), die nach dem Prinzip der computergenerierten, individualisierten Informationsvermittlung operieren. Dies bedeutet, dass in Abhängigkeit von den Eingaben und Daten der Teilnehmenden ein Computersystem anhand spezifizierter Algorithmen mit individualisierter Information den Teilnehmenden antwortet. Bei der wöchentlichen Auseinandersetzung mit den Lerneinheiten werden die Teilnehmenden zur individuellen Ausgangslage und letzten Trainingsaufgabe befragt und erhalten bei Bedarf eine Rückmeldung.

Ausserdem werden die Teilnehmenden per Fragebogen aufgefordert, ihr Wissen, ihre Einstellung und Änderungsbereitschaft mitzuteilen. Die Ergebnisse werden unter Berücksichtigung von Ergebnissen der vorherigen Woche ausgewertet und den Teilnehmenden zurückgemeldet. Auf der Basis dieser Resultate wird ein individueller Lösungsansatz entwickelt, der eine Handlungsanleitung mit konkreten Trainingsaufgaben für die kommende Woche enthält. Zum Abschluss können die Teilnehmenden die aktuelle Sitzung und den persönlichen Nutzen der bearbeiteten Thematik bewerten. Die Themen der wöchentlichen Sitzung sind in Tabelle 3 dargestellt.

Komplementär zum computergesteuerten Programm besteht für die Teilnehmenden die Option, per Mail oder Telefon Kontakt zum Supportteam aufzunehmen oder in einem Teilnehmerforum die Erfahrungen auszutauschen. Das Supportteam hilft bei speziellen Fragen oder Problemen. Das Forum dient der gegenseitigen Unterstützung und Motivationsförderung unter den Teilnehmenden.

Zusammenfassung

IHCAs sind eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits bestehenden Angeboten der Primär- und Sekundärprävention chronischer Erkrankungen. Ob sie allerdings alle Unterstützungsbedürfnisse der Patienten decken, muss differenzierter erforscht werden. Unter anderem sind folgende Aspekte noch zu wenig untersucht:

- die Charakteristika der Patientengruppen, die am meisten von spezifischen Online-Interventionen profitieren,
- der Effekt von Pflegenden auf Distanz als zusätzliche Ressource der Unterstützung,
- die Zufriedenheit der Patienten und Anbieter solcher Applikationen und
- die Auswirkungen dieser Applikationen auf das psychische Befinden der Patienten [14].

Derzeit ist ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zur Überprüfung der Wirksamkeit des vorgestellten Trainingsprogramms bei kardiovaskulären Patienten geplant. Weiters wird untersucht, ob und welchen Support diese Patienten in der langfristigen Anwendung einer interaktiven, webbasierten Gesundheitsinformation benötigen.

Tabelle 3 Inhalte der wöchentlichen Beratungs- und Trainingsmodule [17].

L (gesunder Lebensstil)	Gesunder Schlaf; Verbesserung des Schlafverhaltens Selbstwertgefühl, Lebenszufriedenheit Elemente eines aktiven Lebensstils
Verhaltenspsychologie	Selbstbelohnungsprogramm Lernen durch Konsequenzen Angemessener Alkoholkonsum Soziale Störmanöver und Unterstützung Kontrolle und Kontrollverlust Problemlösetraining Selbstsicherheit und Selbstbehauptung Stress: Entstehung, Verarbeitung und Ressourcen zur Bewältigung Anforderungen an Phasen der Verhaltensänderung bzw. Verhaltensstabilisierung
Essverhalten / Ernährungspsychologie	Beurteilung des Essverhaltens Unterschiede zwischen Hunger, Appetit und Sättigung Heißhunger: Ursachen und Strategien zur Vermeidung Strategien der Rückfallprophylaxe Regeln richtiger Genuss
E (Exercise)	Verschiedene Sportarten Regeln für gesundes Sporttreiben Fernsehen und Gewichtsprobleme
A (Attitudes)	Prinzipien der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle Realistische Ziele Umgang mit Problemlbensmitteln Richtiges Wiegen und Bedeutung von Gewichtsschwankungen, Unterschiede zwischen Abnehmen und Gewichtsstabilisierung Bedeutung der Körperform
N (Nutrition)	Ernährungsanalyse und Einkaufsplanung Pyramiden-Punkte-System und Bedeutung von Lebensmittelgruppen Essen auswärts

Literatur

- Hoffmann A, Müller K. Kardiale Rehabilitation. Universitätsspital Basel 2008:7.
- De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: A framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly* 2008; 138:43–44, 621–28.
- Renner B. Kognitive und motivationale Verarbeitung gesundheitlicher Risikoinformation. *Erziehungswissenschaft und Psychologie*, Freie Universität Berlin, Berlin 1999:329.
- Hunter CM, Peterson AL, Alvarez LM, Poston WC, Brundige AR, Haddock KC, Van Brunt DL, Foreyt JP. eight management using the internet: A randomized controlled trial, *American Journal of Preventive Medicine* 2008;24:19–126.
- Sandhofer F. Sekundäre Prävention der koronaren Herzkrankheit. *Journal für Kardiologie* 2000;7(9):344–348.
- König D, Bönner G, Berg A. Bedeutung von Adipositas und Bewegungsmangel in der kardiovaskulären Primärprävention. *Herz* 2007;32(7):553–59.
- Keller PF. Patient education with the elips® programme. *Daily*, vol. 1, Hôpitaux Universitaires de Genève, Barcelona, 2008:2.
- Blackburn GL. Teaching, learning, doing: Best practices in education. *The American journal of clinical nutrition* 2005;82:218–21.
- Mayr K, Ocenasek H, Pokan R, Benzer W. Patientenschulungskurse zur Selbstanwendung der kardiologischen Trainingstherapie in der Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, *Journal für Kardiologie* 2004;11(11):458–62.
- Etter JF. Verhaltensveränderung mit interaktiven Computerprogrammen. *Managed Care* 2004;5:17–19.

11 Westenhöfer J, Westenhöfer K, Stellfeldt A. Lean-and-healthy – ein Online-Trainingsprogramm für gesunden Lebensstil und erfolgreiches Gewichtsmanagement, Ernährung im Fokus 2002;2:170–72.

12 Schneider H, Schmid A. Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit, Bern 2004.

13 Linne AB, Liedholm H. Effects of an interactive cd-program on 6 months re-admission rate in patients with heart failure – a randomised, controlled trial. BMC Cardiovascular Disorders 2006;6(30): 1–10.

14 Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Supporting cardiac recovery through e-health technology. Journal of Cardiovascular Nursing 2004;19 (3): 200–8.

15 Kuhl EA, Sears S, Conti JB. Internet-based behavioural change and psychosocial care for patients with cardiovascular disease. A review of cardiac disease-specific applications, heart & lung 2006;35(6):374–82.

16 Murray E, Burns J, See Thai S, Lai R, Nazareth I. Interactive health communication applications for people with chronic disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;4.

17 Westenhöfer J, Westenhöfer K, Stellfeldt A. Lebe – ein internetbasiertes, interaktives Beratungsprogramm bei Übergewicht. Fachbereich Ökotrophologie, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg, 2000:89.

Korrespondenz:

Andrea Brenner, MNS, RN

Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
FHS St. Gallen

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Tellstrasse 2

9001 St. Gallen

andrea.brenner@fhsg.ch

www.fhsg.ch

PD Dr. med. Hans Rickli

Chefarzt der Klinik für Kardiologie

Kantonsspital St. Gallen

Rorschacherstrasse 95

9007 St. Gallen

hans.rickli@kssg.ch

www.kssg.ch

Dr. Virpi Hantikainen

Pflegewissenschaftlerin

Direktion Pflege/MTTD

Kantonsspital Aarau

Tellstrasse

5001 Aarau

virpi.hantikainen@ksa.ch

www.ksa.ch

Prof. Dr. Christa Them

Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
medizinische Informatik und Technik

Eduard Wallnhöfer-Zentrum 1

A-6060 Hall im Tirol

christa.them@umit.at

www.umit.at

Medizinischer Schreibdienst

(Dienstleistungsangebot)

für Ärzte, Kliniken und Spitäler

Berichte, Befunde, Gutachten u. v. m.

Digital verschlüsselt und ganz schnell per E-Mail, oder wir schreiben per Fernzugriff auch auf Ihrem System. (Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und Verschwiegenheit ist garantiert.)

Probediktat unter schreibbuero.zurbruegg1@hin.ch

Ausführliche Infos und Kontakt unter:

www.ihr-schreibbuero.ch, Telefon 032 313 73 74

Daniel Inglin

Angehörige nicht vergessen

Wer an Demenz erkrankte Menschen pflegt, braucht Unterstützung und Hilfe

Menschen, die an Demenz leiden, werden häufig von ihren Angehörigen zu Hause betreut. Diese Arbeit ist belastend und zehrt an der Gesundheit der Pflegenden. Sie müssen deshalb regelmässig bei ihrer Arbeit unterstützt und entlastet werden. Nur so lassen sich Gesundheitsschäden vermeiden. Speziell angepasste Beratungs- und Trainingsprogramme sind dabei ein effizientes Mittel, um den Angehörigen den nötigen Rückhalt zu geben.

In der Schweiz leiden rund 98 000 Menschen an einer Form von Demenz. Ein grosser Teil dieser Menschen lebt zu Hause und wird von Angehörigen, meist der Ehepartnerin oder dem Ehepartner, betreut. Diese Betreuung ist sehr anstrengend und pflegende Angehörige sind oft psychisch und physisch stark belastet, was häufig zu gesundheitlichen Problemen führt. Diese Belastungen nehmen wir in unserer täglichen Arbeit an der Geriatrischen Klinik St.Gallen und in unserer Memory Clinic wahr.

Die wichtige, unterstützende und entlastende Rolle der pflegenden Angehörigen durch Beratungs- und Trainingsprogramme wird in der Literatur immer wieder erwähnt und ist unumstritten [1]. So konnten beispielsweise Wettstein et al. in einer Interventionsstudie zeigen, dass die im Rahmen der Studie durchgeführte Angehörigenschulung positive Effekte auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Angehörigen hat [2].

Konzept

Unser Konzept haben wir im Wesentlichen auf der im Rahmen der oben zitierten Studie durchgeführten Angehörigenschulung von Wettstein et al. aufgebaut. Die nachfolgende Übersicht zeigt die Inhalte der einzelnen Seminartage:

- Meine Situation als Angehörige/-r eines Menschen mit Demenz
- Das waren noch Zeiten vor dieser Krankheit!
- Wissenswertes über die Alzheimerkrankheit und andere Demenzformen
- Belastung für betreuende Angehörige / Die verletzte partnerschaftliche Beziehung
- Betreuungsstrategien / Aktivitäten für Menschen, die an einer Demenz leiden

- Strategien und Methoden der Pflege
- Entlastungsmöglichkeiten / Was ist wenn ... ?
- Finanzielle und juristische Fragen

Praktische Durchführung

Das Seminar wurde jeweils an acht aufeinanderfolgenden Nachmittagen (jeweils Freitag) durchgeführt und von kompetenten internen und externen Referentinnen und Referenten bestritten. Auf Wunsch wurden die an Demenz erkrankten Partner der Seminarteilnehmenden während des Seminars durch erfahrene Mitarbeiterinnen unserer Klinik betreut.

Als Werbung wurden Flyer an Hausärzte, Spitexmitarbeiterinnen der Region und an alle Mitglieder der lokalen Alzheimervereinigung verschickt. Die Teilnehmerzahl wurde auf zwölf Personen beschränkt. Vor allem für die zweite Seminarreihe mussten leider viele Interessierte auf eine spätere Seminarreihe vertröstet werden.

Evaluation

Um die Wirksamkeit der Seminarreihe für die Angehörigen zu überprüfen und allfällige Verbesserungsmöglichkeiten zu eruieren, wurde das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich beauftragt, die Seminarreihen zu evaluieren. Dafür wurde ein quasi-experimentelles



Daniel Inglin

Am meisten profitiert haben die Seminarteilnehmenden von den Erfahrungen der anderen und vom Austausch in der Gruppe.

Prä-Post-Design gewählt. Zu diesem Zweck wurden alle Teilnehmenden des Seminars gebeten, je einen Fragebogen auszufüllen, der ihnen vor und nach der Seminarreihe zugeschickt wurde, ein dritter Fragebogen wurde acht Wochen nach dem Seminarende verschickt. Zusätzlich wurde am Ende jedes Seminarnachmittags anhand eines Kurzfragebogens um eine kurze Evaluation gebeten.

Die Ergebnisse der beiden Evaluationen werden im Folgenden kurz zusammengefasst [3].

Erwartungen an das Seminar

Die häufigsten Gründe für die Anmeldung waren die Erweiterung des Wissens und der Wunsch nach Austausch und Unterstützung.

Wirkungen des Seminars

Am meisten profitiert haben die Seminarteilnehmenden von den Erfahrungen der anderen und vom Austausch in der Gruppe. Die Offenheit und die Solidarität in der Gruppe wurden speziell hervorgehoben.

Die Informiertheit über Aspekte der Krankheit hat durch das Seminar deutlich zugenommen. Nachhaltig ist sowohl das Verständnis für den an Demenz erkrankten Partner als auch für die Notwendigkeit, auf eigene Bedürfnisse zu achten, gestiegen.

Die Belastungen im Zusammenhang mit der Betreuung eines Demenzpatienten scheinen durch das Seminar nicht abzunehmen, werden vereinzelt sogar eher verstärkt wahrgenommen, was auch mit einer realen Verschlechterung der Situation zusammenhängen könnte. Andererseits ist auch denkbar, dass durch die persönliche Auseinander-

setzung und durch den Austausch mit andern Betroffenen das Wahrnehmen respektive Eingestehen von Belastungen möglich geworden ist. In den Bereichen Sicherheit in der Pflege und Betreuung sowie Nutzung von Entlastungsmöglichkeiten sind ebenfalls kaum Veränderungen feststellbar.

Das Niveau des subjektiven Wohlbefindens kann gehalten werden, eine Verbesserung war nicht feststellbar. Die intensive Beschäftigung mit den Seminarthemen könnte insbesondere die Sensibilität für Sorgen zumindest kurzfristig gesteigert haben.

Erfreulich ist sicher, dass sämtliche Teilnehmenden beider Seminarreihen das Angehörigenseminar anderen Menschen, die sich in ähnlichen Situationen befinden, weiterempfehlen würden. Es ist denn auch vorgesehen, im Jahr 2009 eine weitere Seminarreihe anzubieten.

Literatur

- 1 Sieber G. Die «Zugehende Beratung» von pflegenden Angehörigen Demenzkranker. Ergebnisse einer qualitativen Studie; 2005.
- 2 Wettstein A, König M, Schmid R, Perren S. (Hrsg). Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Eine Interventionsstudie. Zürich: Rüegger 2005.
- 3 Zwiggli S. Evaluation der Seminarreihe für Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen am Bürgerspital St.Gallen. Unveröffentlichte Berichte, Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie; April 2007, August 2008.

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Inglin
Leitender Arzt Geriatrische Klinik St.Gallen
Rorschacherstrasse 94
9000 St.Gallen
daniel.inglin@geriatrie-sg.ch
www.geriatrie-sg.ch



Heute starten – morgen führen.

Optimieren Sie Ihre Führungskompetenz.
Mit einer Managementausbildung für Kader im Gesundheitswesen.
Mit einem anerkannten Abschluss.

wittlin stauffer
Unternehmensberatung und
Managementausbildung
Schmelzbergstrasse 55
8044 Zürich

Telefon 044 262 12 86
info@wittlin-stauffer.ch
www.wittlin-stauffer.ch

wittlin stauffer



Edith Maier

Neue Medien als Unterstützung

Das Internet spielt in der Patientenschulung und im Selbstmanagement eine zentrale Rolle

Immer mehr Patientinnen und Patienten nutzen das Internet, um sich über ihre Krankheit und mögliche Therapien zu informieren. Diese Quellen helfen aber auch, Patienten untereinander zu vernetzen, und fördern das Selbstmanagement v.a. von chronischen Krankheiten. Die Optimierung solcher interaktiven Gesundheitsprogramme ist nicht nur aus medizinischen Gründen interessant.

Das Internet wird immer mehr als Informationsquelle bei Gesundheitsproblemen genutzt. Websites wie «sprechzimmer.ch», «med1.de» oder «netdoktor.at» bieten u.a. Newsletter, aktuelle Zeitschriftenartikel, Informationen zu Krankheiten, Gesundheitstipps, medizinische Glossare, Links zu Experten, Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen. Sie eignen sich gut für eine erste Orientierung, um sich über ein bestimmtes Problem auf dem Laufenden zu halten und zum Vernetzen mit anderen Betroffenen: rund um die Uhr, von überall auf der Welt und immer mehr auch von unterwegs – vorausgesetzt, man verfügt über einen schnellen Internet-Zugang.

Abgesehen davon, dass ein gewisses Mass an Medienkompetenz und Vorwissen erforderlich ist, um die Qualität der Informationen einschätzen zu können, zeigen sämtliche Evaluierungen, dass rein auf Information und Edukation ausgerichtete Angebote nicht ausreichen, um gesundheitsförderliches Verhalten zu bewirken [1, 2]. Dazu bedarf es eines multidimensionalen Ansatzes, der zusätzlich zu den Informationen über Gesundheitsprobleme Bewegungstherapie, Ernährungsempfehlungen sowie psychosoziale Unterstützung umfassen sollte. Zu letzterem zählen Motivationsförderung, z.B. durch motivierende Gesundheitsgespräche, Feedback und Monitoring der Einhaltung von Behandlungsplänen sowie sozialer Support, z.B. durch Selbsthilfegruppen. Eine solche integrierte Versorgung ist jedoch kostspielig, vor allem angesichts der Zunahme an chronischen Krankheiten [3].

Onlineselbstmanagement besonders bei chronischen Krankheiten

Die Verschiebung im Krankheitsspektrum hin zu mehr chronischen Erkrankungen stellt unsere Gesundheitssysteme vor grosse Herausforderungen. In einer Zeit knap-

per finanzieller öffentlicher Mittel ist ein Umdenken bei der gesundheitspolitischen Prioritätensetzung feststellbar. So investieren immer mehr Länder in Gesundheitsförderung, Prävention und Selbstmanagement [4]. Solche Programme setzen nicht allein auf Patienteninformation und -schulung, sondern zielen auf eine Änderung des Gesundheitsverhaltens ab. Sie basieren auf dem Chronic-Care-Modell, dem die Auffassung zugrunde liegt, dass Patienten das Recht und die Fähigkeit haben, an Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, mitzuwirken. Ausserdem betrachtet das Modell Patienten als Experten im Umgang mit ihrer jeweiligen Krankheit und will sie zu einem Wissens- und Erfahrungsaustausch anregen.

Neuere Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bieten besonders bei chronischen Krankheiten grosses Wirkungs- und Einsparpotential in der Vorsorge, Behandlung und Nachsorge. Zunehmend halten deshalb IKT-unterstützte Programme oder Anwendungen



Edith Maier

Neuere Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bieten besonders bei chronischen Krankheiten grosses Wirkungs- und Einsparpotential in der Vorsorge, Behandlung und Nachsorge.

Einzig im Gesundheitswesen. Handelte es sich dabei früher beispielsweise um Entspannungsübungen auf CD oder telefonisches Compliance-Monitoring, so sind heute die meisten Programme internetbasiert oder verwenden den Fernseher als Schaltzentrale, wie z.B. «Motiva» von Philips. Die fortschrittlicheren unter ihnen weisen auch interaktive Elemente auf, wie beispielsweise die Eingabe persönlicher Daten mit Feedback (Telebiomonitoring), Telekonsultation und Teletherapie (z.B. Anpassung der Medikation gemäss der erhobenen Werte). Auch Quizzes

(z.B. über Sex, Ernährung, Laborwerte) oder Selbsttests (zu viel Alkohol? depressiv?) sollen Menschen zu gesundheitsförderlichem Verhalten anregen.¹

Das Onlineprogramm von Medgate für Patienten mit hohem Bluthochdruck ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich neue Technologien zur Unterstützung konventioneller Patientenbetreuung im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells einsetzen lassen [5]. Es umfasst eine ausführliche Patientenschulung sowie die regelmässige telemedizinische Messung des Blutdrucks durch den Patienten selbst. Nach jeder Messung werden per drahtlose Bluetoothtechnologie die Blutdruckwerte an ein Gateway übertragen und von dort automatisch an Medgate übermittelt, wo sie anhand von medizinischen Guidelines überwacht, analysiert und kontrolliert werden. Falls die Blutdruckwerte eine Änderung der Behandlung erfordern, wird der Patient umgehend kontaktiert und über die Anpassungen informiert. Der Hausarzt oder die Hausärztin ist in das Programm eingebunden, hat Zugang zu den medizinischen Informationen und wird bei Änderungsvorschlägen zur Therapie und im Notfall kontaktiert. Bei Fragen oder bei Auftreten von Symptomen kann sich der Patient rund um die Uhr telefonisch an Medgate wenden.

Einsatzmöglichkeiten von IKT-gestütztem Selbstmanagement

Die Onlineprogramme sind in der Regel so konzipiert, dass sie bereits bestehende Behandlungsprogramme ergänzen und eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsexperten vorsehen. So können sie dazu beitragen, in der Therapie erlernte Verhaltensweisen über Selbstkontrolltechniken (Planung, Erinnerung, Protokollierung, Feedback) und psychologische Hilfen (Motivierung, Selbstreflexion, Stressregulation) zu unterstützen. Es gibt bereits eine Reihe von Therapie- und Trainingsprogrammen, u.a. die von der Stanford University entwickelten Selbstmanagementprogramme, die oft als Vorbild dienen [6]. In der Schweiz wäre beispielsweise das im Rahmen eines NSF-Projekts entwickelte Programm für den Umgang mit Rückenschmerzen zu erwähnen, das bislang allerdings nur in italienischer Sprache verfügbar ist [7].

Neben diesen «kollaborativen» Programmen existieren auch Tools, die sich von Patienten unabhängig einsetzen lassen. Zu den populärsten «autonomen» Programmen gehören jene, die für Übergewichtige angeboten werden: «Lean and Healthy» (www.lean-and-healthy.de) beispielsweise ist ein Trainingsprogramm für gesunden Lebensstil und Gewichtsmanagement. Diverse Fitnesspro-

gramme, z.B. jenes von «netdokter.at», fallen ebenfalls in diese Kategorie.

Laut einer Untersuchung von Glasgow and Bull eignen sich IKT besonders gut für Selbsttests, Feedbacks und zur Nachbetreuung und zur Erstellung persönlicher Behandlungspläne [8]. Aufgrund der Anonymität des

Aufgrund der Anonymität des Mediums
erleben besonders Personen, die unter
der Stigmatisierung eines Traumas
oder unter Schuld- und Schamgefühlen leiden,
die Anonymität als therapiefördernd.

Mediums erleben besonders Personen, die unter der Stigmatisierung eines Traumas oder unter Schuld- und Schamgefühlen leiden, die Anonymität als therapiefördernd. Diesen Umstand macht man sich in der Onlinepsychotherapie bei Folter, Vergewaltigung oder Depression zunutze [9]. Onlineprogramme schneiden weniger gut ab, wenn offene Fragen, neue Situationen und unpräzise Angaben ins Spiel kommen.

Ausblick

Folgende Aspekte werden derzeit von Onlineanwendungen nur ungenügend unterstützt:

- Information zu Trends, bspw. durch Visualisierung von Vitalwerten über eine Zeitachse
- Ad-hoc-Information bzw. Schulung über die Implikationen eines bestimmten Befunds
- Kontext- und personenspezifische Entscheidungshilfen über zu ergreifende Massnahmen

Google Health, eines der innovativsten Portale (<http://www.google.com/health/>), versucht, diese Lücken zu schliessen, indem es Benutzern erlaubt, ihr eigenes Onlinegesundheitsprofil zu erstellen, ihre Gesundheitsakte zu importieren und direkt Kontakt zu Onlinegesundheitsdiensten aufzunehmen. Vorerst ist Google Health jedoch nur in den USA verfügbar. Ein von der FHS St. Gallen (IPM) zusammen mit der Universität Bern (IML) lanciertes Forschungsprojekt verfolgt einen anderen Ansatz: Es soll eine Selbstmanagementplattform entwickelt werden, die neben Motivations- und Monitoringkomponenten auch ein persönliches Gesundheitsportal umfasst, wo mittels eines innovativen semantischen Algorithmus eine auf das User-Profil abgestimmte Informationssuche möglich wird.

Der wirtschaftliche Nutzen von Selbstmanagementprogrammen liegt auf der Hand: Die Behandlung chronischer

¹ www.netdokter.at

Erkrankungen verschlingt einen ständig wachsenden Anteil des Gesundheitsbudgets. Wenn es gelingt, die Betroffenen beim Umgang mit ihren Beschwerden zu unterstützen und sie zu mehr Eigenverantwortung anzuregen, lassen sich die mit der Behandlung und Nachbetreuung sowie die durch eventuelle Arbeitsunfähigkeit verursachten Kosten senken. Die neuen Technologien können dabei einen wichtigen Beitrag liefern [10].

Literatur

- 1 Kennedy A, Gately C, Rogers A. National evaluation of the EPP. Manchester, UK: National Primary Care Research and Development Centre 2004.
- 2 Jordan J, Osborne R. Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. *Medical Journal of Australia*. 2007;186:84–87.
- 3 World Health Organization, ed. The world health report 2006 – working together for health. Geneva: WHO 2006.
- 4 Danish National Board of Health, ed. National Board of Health project on major non-communicable diseases. Copenhagen: National Board of Health 2005; oder das Expert Patients Programme in Grossbritannien.
- 5 http://www.medgate.ch/eprise/main/F_Medgate/F_Products/P_Product8?MainArea=&SubArea=Tab3.
- 6 <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>.
- 7 www.oneself.ch. Eine Evaluierung finden Sie in: Schulz PJ, Rubinelli S & Hartung U. An internet-based approach to enhance self-management of chronic low back pain in the Italian-speaking population of Switzerland: results from a pilot study. *International Journal of Public Health*. 2007;52(5):286–94.
- 8 Glasgow, E and Bull, S. Making a Difference with Interactive Technology: Considerations in Using and Evaluating Computerized Aids for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Spectrum*. 2001;14(2):99–107.
- 9 <https://www.uzh.ch/online-psychotherapie/>. Ein Artikel zum Thema: Knaevelsrud C, Jager J, Maercker A. Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*. 2004; 14(3):174–85.
- 10 http://www.medgate.ch/F_documents/07_0507_PB_CompSyst_0407.pdf. Für die USA siehe z.B. Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown B, Bandura A, Ritter P, Gonzalez V, Laurent D, Holman, H. Evidence Suggesting that a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*. 1999;37:3–14.

Korrespondenz:

Edith Maier, Dr. phil., MSc
 IPM-FHS
 Teufener Strasse 2
 9000 St. Gallen
 edith.maier@fhsg.ch
 www.ipmsg.ch

Therese Kämpfer, Christa Schwager

Betroffene beraten Betroffene

Wie am Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Patienten geschult werden

Die Patientenschulung nimmt am Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ) eine zentrale Rolle ein. Dank einem strukturierten Konzept profitieren Patientinnen und Patienten von einer individuellen Beratung und Schulung. Immer mit dem Ziel, den Patienten trotz ihrer Behinderung ein möglichst selbständiges und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen.



Therese Kämpfer

Zentrales Thema der Patientenschulung ist die Förderung des Selbstmanagements. Patienten sollen ein hohes Mass an Unabhängigkeit und Entscheidungsfähigkeit erreichen. Jene, welche die Pflege nicht selber übernehmen können, werden geschult, Assistenzpersonen anzuleiten. Patientinnen werden befähigt, Eigenverantwortung zu übernehmen und eine aktive Rolle im eigenen Rehabilitationsprozess und in ihrer Gesundheitsvorsorge zu übernehmen. Zudem trägt eine systematische Schulung entscheidend zur Akzeptanz von Therapie, Behandlung und der Querschnittlähmung bei.

Ergebnisse verschiedener Studien zeigen die Wichtigkeit der Patientenschulung auf. Die Studie von May, Day und Warren sieht in der Patientenschulung eine Schlüsselfunktion, um die Patienten auf das Leben nach der Rehabilitation vorzubereiten [1]. Dass dabei Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle einnehmen, wird in zwei Studien von Lucke nachgewiesen [2, 3].

Obwohl Patientinnen, Patienten und deren Bezugspersonen schon immer von Pflegepersonen beraten, instruiert und informiert wurden, ist die konzeptgeleitete Patientenschulung in der Pflege aber noch eine junge Aufgabe, bei der das Pflegepersonal Unterstützung braucht.

Hier nimmt das Konzept der Patientenedukation am SPZ eine zentrale Rolle ein, indem es die Themen der Patientenbildung strukturiert und pädagogisch auf-

bereitet. So werden den Pflegenden Instrumente zur Verfügung gestellt und die Rahmenbedingungen verbessert. Das Konzept hilft dem Pflegepersonal, den Bildungsstand und den Bildungsbedarf des Patienten in dessen Rehabilitationsverlauf einzuschätzen, zu planen, zu begleiten und zu dokumentieren. Der Einsatz verschiedener pädagogischer Lernmodelle, Instrumente und Lernformen ermöglicht eine patientenorientierte Schulung. Die Inhalte dieser Schulung werden im folgenden Abschnitt erläutert.

Lernkonzeption und Didaktik

Kompetenzen werden aufgebaut, indem neues Wissen angeeignet wird, neue Fertigkeiten eingeübt und trainiert werden, vor allem aber durch das Erleben und Bewältigen unterschiedlicher Situationen. Diese Kompetenzen können durch tägliches Üben und Anwenden in unterschiedlichen Situationen, unter verschiedenen Rahmenbedingungen, aber auch durch Erfahrungsaustausch und gegenseitiges Unterstützen gefestigt und erweitert werden (Abb. 1).

Die Patientenedukation erfolgt in Anlehnung an das Modell «Integriertes Modell des Lernens» (Abb. 2) [4, 5]. Im Laufe des Lernprozesses zu einem bestimmten Thema nimmt die Begleitung und Unterstützung der Expertin ab (linker Pfeil). Der Lernende, in unserem Fall die Patientin, übernimmt zunehmend Verantwortung, zeigt und reflektiert ihre Erkenntnisse (rechter Pfeil) [6].

Instrumente

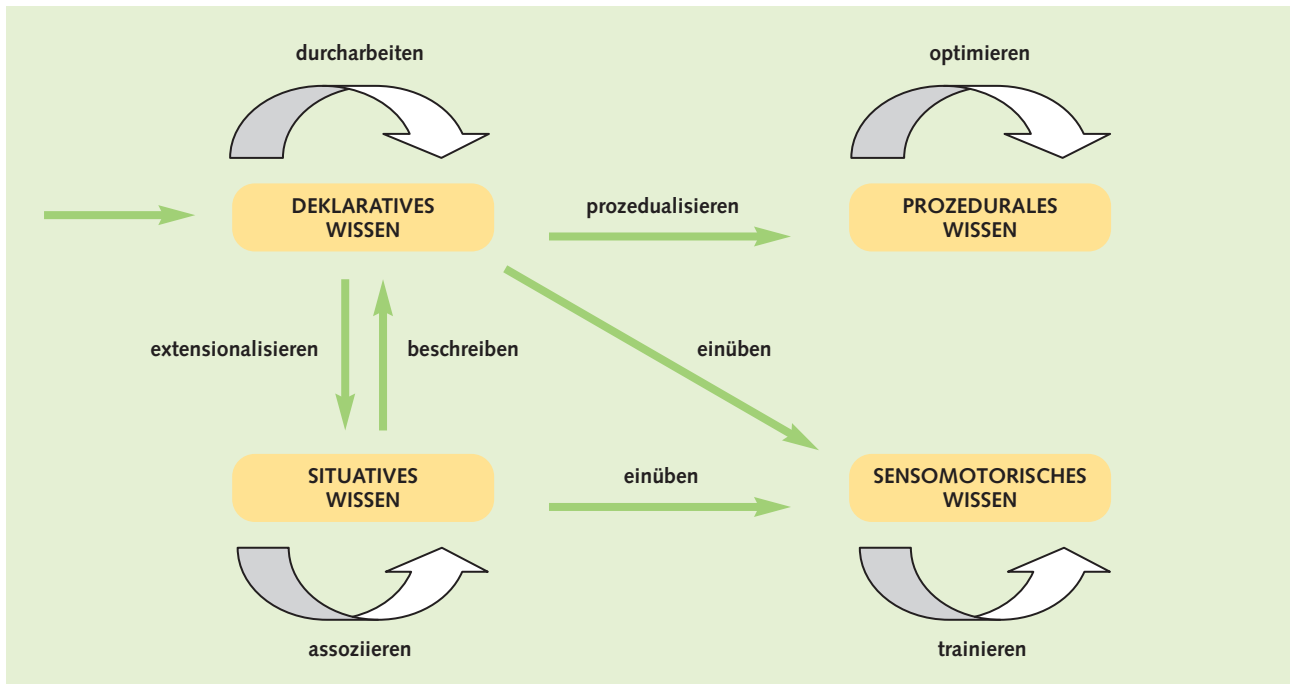
Der Pflegebezugsperson der Patientin steht ein Bildungsplan mit den Themen der Patientenedukation zur Verfügung (Abb. 3). Mit Hilfe dieses Plans kann sie in den Rehabilitationszielgesprächen zusammen mit dem Patienten die nächsten Lernschritte planen. Dieser Bildungsplan ist als Leitfaden zu verstehen, welche Themen zu welchem Zeitpunkt mit den Patienten und Patientinnen besprochen, eingeübt und trainiert werden können. Letztendlich ist der Fahrplan aber immer nach dem individuellen Bedarf des Patienten auszurichten.

Die themenspezifischen Unterlagen kann der Patient in einem entsprechenden Dossier aufbewahren, so dass er



Christa Schwager

Abbildung 1 Integriertes Modell des Lernens [4].



ein auf seine Situation abgestimmtes Nachschlagewerk zur Verfügung hat.

Für Beratungen steht ein Raum zur Verfügung, so dass die Intimsphäre stets gewahrt bleibt. Gleichzeitig befinden sich dort Instruktionsmaterial, schriftliche Informationen, DVDs, Videos, Bücher, anatomische Modelle, Sammelmappen, CDs, Broschüren usw. Die richtigen Werkzeuge zur Hand zu haben hilft, die Beratung effektiv und effizient zu gestalten.

Lerngefässe

Anleitung und Training

Der Patient lernt die verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens – Mobilität und Selbstversorgung – selbst zu übernehmen. Hierzu werden im persönlichen Therapieplan Zeitfenster reserviert, um Ressourcen aufzubauen und Fertigkeiten einzuüben und zu trainieren.

Peer Counselling

Alle Patienten in der Erstrehabilitation werden in den ersten drei Monaten ihres Aufenthaltes von einem erfahrenen Rollstuhlfahrer oder einer Rollstuhlfahrerin besucht, die selbstbewusst und aktiv im Leben stehen. Diese Art von Beratung ist unter dem Namen «Peer Counselling» bekannt. «Peer» kommt aus dem Englischen und bezieht sich auf Menschen, die «gleich» sind, die

gleiche Lebensumstände oder bestimmte Erfahrungen teilen. «Counselling» heisst «Beratung».

Dem Peer Counselling liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen in der Regel selbst dazu in der Lage sind, ihre Probleme zu lösen, wenn sie über genügend Informationen verfügen [7]. Ebenso wird davon ausgegangen, dass Menschen, die gleiche oder ähnliche Situationen bereits durchlebt haben, auf neu Betroffene glaubwürdig wirken, so dass sie diese die Unterstützung gut annehmen können. Auch der Mut, Probleme authentisch zu offenbaren, ist grösser, wenn man mit anderen Betroffenen darüber spricht.

Abbildung 2 Modell Cognitive Apprenticeship [5].

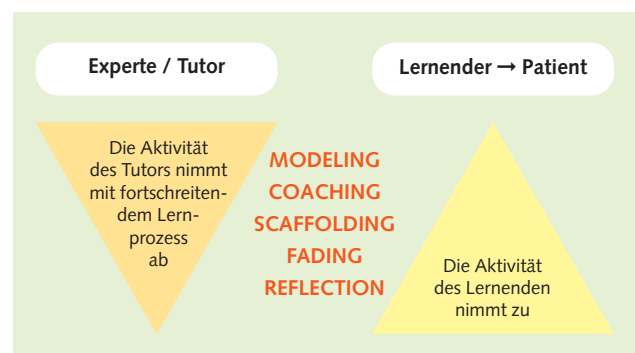


Abbildung 3 Modellbildungsplan Tetraplegie.

Patientenedukation – Modellbildungsplan Tetraplegie / Pflege									
	Monat 1	Monat 2	Monat 3	Monat 4	Monat 5	Monat 6	Monat 7	Monat 8	Monat 9
Phasenmodell ICF	Akutphase								
		Postakute Grundlagenphase							
		Aktivitäts-/Aufbau-/Lernphase – Konsolidierungsphase / Gewohnheitsbildung							
							Austrittsphase		
Aktivität		Mobilität: Bewegen im Bett, Transfer, Vermeiden von Gefahren und Komplikationen							
			Körperpflege: Körperpflege und Bekleidung						
			Haut: Hautkontrolle, Entlastung der Haut, Handling bei Komplikationen						
			Blasenmanagement: Blasenentleerung						
				Darmmanagement: Darmentleerung, Handling bei Obstipation					
		Vegetative Störungen / bei Lähmungen oberhalb Th 6: Autonome Hyperreflexie, Temperaturregulation, Orthostatische Hypertonie							
				Atemmanagement: Sekretmobilisation				Ernährung	
Partizipation			Sexualität						
		Learning by doing: Einzel- und Gruppenschulung							
		Peer Counselling							
					Organisation häusliches Leben				

Können Sie sich vorstellen, dass ein gut informierter Patient seinen Fokus auf seine Ressourcen ausrichtet und so seine Gesundheit fördern kann? Es ist durchaus möglich, dass eine gut geschulte Patientin aktiv an ihrem Heilungsprozess mitwirkt und dadurch weniger Ängste und Komplikationen hat. Vielleicht fragen Sie sich jetzt, wie viel Heilungskosten mit der Patientenschulung eingespart werden können. Oder, wie mein Grossvater sagte: «Wenn du glaubst, Bildung sei teuer, dann probier aus, was Dummheit kostet.»

Es ist meine innerste Überzeugung, dass ich ein ausgefülltes, freudvolles gesundes und aktives Leben führen kann, weil ich mich als Rollstuhlfahrerin nicht als Patientin oder Behinderte, sondern als Expertin in eigener Sache verstehe und wahrnehme.

Kurz nach der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester verunfallte ich nach einer Nachtwache. Nach der Rehabilitation besuchte ich das Lehrerinnenseminar, erwarb den Ausweis zur Unterrichtsassistentin und konnte so Praxisassistentinnen in Fächern wie Anatomie, Pathologie und Terminologie unterrichten. Als ich mein zweites Kind erwartete, gab ich meine berufliche Tätigkeit auf, um mich ganz der Familie und dem Sport zu widmen.

Vor ein paar Jahren begann ich im SPZ in Nottwil stundenweise wieder zu arbeiten. In engem Kontakt mit den Patienten stellte ich immer wieder mit Erstaunen fest, wie wenig diese über ihren veränderten Körper wissen, wie bescheiden (oder gar nicht) sie auch über Möglichkeiten informiert waren. Insbesondere über Tabuthemen wie Sexualität und Querschnittlähmung herrschten Verunsicherung, Schweigen, Mutlosigkeit und Resignation. Und was tabuisiert ist, kann bekanntlich nicht gestaltet werden.

Ich machte mich auf die Suche, vorerst selber alles zu diesem Thema zu erfahren. Fündig wurde ich neben ein paar Fachartikeln sowie wenigen Büchern und Webseiten in der Unfallklinik in Hamburg, wo ein dreitägiger Kurs für Pflegepersonen (nicht für Direktbetroffene!) angeboten wurde. Nach dem Besuch dieses Seminars fand ich bald einen Urologen, einen Psychologen und einen Oberarzt am SPZ sowie einen externen Gynäkologen und erfahrene Rollstuhlfahrer, die ich dafür begeistern konnte, Seminare für Direktbetroffene zum Thema Sexualität und Querschnittlähmung im SPZ anzubieten. Seit sechs Jahren führen wir diese zweitägigen Seminare erfolgreich und mit viel Freude und immer neuen Ideen durch. Bald kamen weitere Kurse zu querschnittspezifischen Themen dazu. Heute bin ich für die Patientenbildung im Schweizer Paraplegiker-Zentrum verantwortlich.

Biographie von Therese Kämpfer

Beruf: Krankenschwester KWS, Grafologin VSG
 Privat: Geschieden, zwei Kinder
 Freizeit: Tauchen, Biken, Reisen, Skifahren, Mediation
 Sport: Curling, Rugby
 Dies tönt nach normalen biografischen Daten; eine Information kommt noch hinzu: Ich bin seit 30 Jahren Tetraplegikerin.

Eine Vision ist zu meiner Lebensaufgabe und Leidenschaft geworden; oder um es mit Friedrich Nietzsches Worten auszudrücken: «Schicksal ist, was das Leben Dir gibt. Bestimmung ist, was Du daraus machst.»

Die Patienten bearbeiten einzelne Themen der Selbstversorgung zusammen mit dem Peer Counsellor und profitieren so von den Erfahrungen und dem Wissen anderer Direktbetroffener. Das Peer Counselling nimmt eine wichtige Stellung im motivationalen Bereich und in der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ein.

«para knowhow»

Paraplegiespezifische Themen werden von verschiedenen Seiten beleuchtet, patientenrelevant aufgearbeitet und vermittelt. Hier findet ein themenspezifischer vertiefter Aufbau an Fachwissen und Ressourcen statt. Direktbetroffene und ihre Bezugspersonen können im Rahmen von «para knowhow» ihr Wissen vertiefen, auffrischen und auf den neuesten Stand bringen, wodurch auch eine Plattform für Wissens- und Erfahrungsaustausch entsteht. In der Regel werden ganztägige Seminare angeboten.

Learning by doing

Einmal im Monat werden mit den Patientinnen, Patienten und ihren Bezugspersonen und einer Gruppe – bestehend aus einem Rollstuhlfahrer oder einer Rollstuhlfahrerin, einer Pflegefachperson und einer Physiotherapeutin – gemeinsame Aktivitäten ausserhalb des Hauses durchgeführt. Dies kann ein Theater- oder Kinobesuch sein, eine Sportveranstaltung, eine Schifffahrt oder ein Ausflug in die Berge.

Der Patient kann seine in der «Laborsituation» der Klinik erworbenen Kompetenzen in realen Situationen erproben und so wertvolle Erfahrungen sammeln. Alltägliche Situationen können zur Herausforderung werden: «Wie kann ich ein Bier an einer hohen Theke bestellen?»; «Wie bewege ich mich mit dem Rollstuhl auf Kopfsteinpflaster?»; «Kann ich Hindernisse überwinden, eine Toilette in einem Restaurant benutzen, wenn nicht alles speziell für Rollstuhlfahrerinnen konzipiert ist?»

Ideenreichtum, Improvisationstalent und Spontaneität sind hier verlangt. Der Patient kann den Alltag ausserhalb der Rehabilitationsklinik erfahren und lernt schrittweise die veränderte Lebenssituation zu bewältigen.

Nicht zuletzt sollen die erlebnisreichen Veranstaltungen Abwechslung in den Rehabilitationsalltag bringen, auflockern, Freundschaften initiieren und Mut machen, weiter aktiv am Leben teilzunehmen.

Literatur

- 1 May L, Day R, Warren S. Perceptions of patient education in spinal cord injury rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*. 2006;28(17):1041–9.
- 2 Lucke K. Knowledge Acquisition and Decision-Making: Spinal Cord Injured Individuals Perceptions of caring during Rehabilitation. *SCI Nursing*. 1997;14(3):87–95.
- 3 Lucke K. Outcomes of nursing caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*. 1999;24(6):247–53.
- 4 Kaiser H. *Wirksames Wissen aufbauen*. Bern: hep Verlag 2005.
- 5 Collin RR, Brown JS, Newman SE. Cognitive apprenticeship. In: Resnick LB (Ed.). *Knowing, learning and instruction*. Hillsdale: LEA 1989:453–4.
- 6 Schmitz R, Wyss A. *Konzept Berufsbildung Pflege. Pflegedienst Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil 2007*.
- 7 Kämpfer T, Schwager C, Wyss A. *Konzept Patientenedukation. Pflegedienst Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil 2008*.

Korrespondenz:

Therese Kämpfer

Pflegefachfrau HF

Verantwortliche Patientenedukation SPZ

Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil

Guido-A.-Zäch-Strasse 1

6207 Nottwil

www.paranet.ch

therese.kaempfer@paranet.ch

Christa Schwager

Pflegefachfrau HF

Kinaesthetics-Trainerin Stufe 3

christa.schwager@paranet.ch

Managed Care – die reizvolle Art zu steuern

Sinnvolle Anreize jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen

Kein gesellschaftlicher Bereich kommt heute ohne Steuerung aus: In Industrie und Handel zum Beispiel vertrauen wir wettbewerblicher Steuerung, im Bildungsbereich eher staatlicher Regulierung. Und im Gesundheitswesen? Hier herrscht traditionsgemäss professionelle und institutionelle Autonomie, häufig zum Leidwesen der Krankenkassen und kantonalen Behörden. Diese Autonomie macht Sinn bei der Behandlung des einzelnen Patienten, denn nur so können dessen individuelle Beschwerden gezielt angegangen und Präferenzen angemessen berücksichtigt werden. Die professionelle Autonomie macht aber weniger Sinn, wenn es um die Steuerung der Patientenströme, die Gewährleistung der Versorgungssicherheit oder die Spitalplanung geht.

Folglich stellt sich die Frage, wie und mit welchen Konzepten die Gesundheitsversorgung einerseits wirkungsvoll, andererseits nebenwirkungsarm gesteuert werden kann. Im Wissen, dass wie überall in der Medizin neben den erwünschten Wirkungen auch unerwünschte zu erwarten sind. Man denke zum Beispiel an die vielen offenen Fragen rund um die Einführung der DRG. Im schlechtesten Fall haben Steuerungsversuche sogar nur Nebenwirkungen – wie beim immer wieder verlängerten ärztlichen Zulassungsstopp.

Steuern im komplexen Feld der Gesundheitsversorgung ist eine Gratwanderung zwischen

(ökonomischem) Wunschdenken und (medizinischer) Realität. «Systematisierung der Behandlungen» und «Pauschalierung der Vergütungen» sind heute die beiden wichtigsten Steuerungsgrundsätze. Und gerade hier wird ersichtlich, wie rasch Steuerung und Anreize bei zu hoher Dosis oder falscher Verabreichung die Immunsysteme im Kerngeschäft, das heisst die Abwehrkräfte von Ärzten und Pflegenden, aktivieren können. Und wie überall in der Natur gilt: Gegen heftige Immunabwehr ist kein Kraut gewachsen.

Das Symposium 2009 befasst sich mit der Suche nach sinnvollen Anreizen jenseits von Manipulation, Unterlassung und anderen Nebenwirkungen. In einem disziplinübergreifenden Dialog werden Experten aus dem In- und Ausland neue Impulse, Modelle, Lösungsansätze und Erfahrungen präsentieren und diskutieren. Am Nachmittag bieten Ihnen interaktive Workshops Gelegenheit, Ihre eigenen Konzepte und Erfahrungen einem interessierten Fachpublikum zur Diskussion zu stellen. Parallel dazu bieten verschiedene Präsentationen einen Überblick über aktuelle Projekte in der Schweiz. In den Educational Workshops vermitteln Fachpersonen Basiskenntnisse und Erfahrungen zu Managed Care.

Die «FMC-Arena» beschliesst das Symposium mit einer Synthese des Tages und Schlussfolgerungen.

PROGRAMM

Vormittag

Keynote-Referate

Moderation: Ellinor von Kauffungen

- **Jenseits von Manipulation: Wirkungsvoller Wettbewerb**
Prof. Dr. Robert Leu, Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern
- **Jenseits von Rationalität: Intuition und Unbewusstes**
Dr. rer. nat. Odette Wegwarth, Wissenschaftlerin/
Research Scientist, Max Planck Institute for Human
Development, Center of Adaptive Behavior and
Cognition, Harding Center for Risk Literacy, Berlin
- **Zwischen Systematik der Evidenz und Individualität
der Patienten**
Prof. Dr. med. Bettina Borisch, FRCPath, MPH, Institut
de médecine sociale et préventive, Université de
Genève, Département de médecine communautaire et
de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève
- **Zwischen Bedürfnissen der Patienten und
pauschalierten Preisen**
Regula Jenzer Bürcher, Direktorin Pflege, Spital Wallis
(Gesundheitsnetz Wallis), Präsidentin Schweizerische
Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -Leiter (SVPL)
- **Kosteneinsparungen? Managed Care wirkt**
PD Dr. Konstantin Beck, CSS-Institut für empirische
Gesundheitsökonomie, Luzern

- **Reizvolle staatliche Regulierung?**
Plenardiskussion mit
Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat Zürich
Ruth Humbel, Nationalrätin
Jürg Stahl, Nationalrat
Jean-François Steiert, Nationalrat

Nachmittag

- **Parallele Angebote**

Interaktive Workshops und Projektpräsentationen:

Gesundheitsregionen und Versorgungsnetze,
Managed Care in der Langzeitbetreuung,
innovative Versorgungsprozesse, Qualitätsindikatoren,
Telemedizin.

Educational Workshops zu «State of the Art» in
Managed Care: Qualität und Sicherheit, Prozesse,
Patienten und Versicherte, Finanzströme, Vergütung
und Anreize, Strukturen und Institutionen.

- **Verleihung Managed Care-Förderpreis 2009**
- **FMC-Arena: Synthese und Schlussfolgerungen**
Moderation: Ellinor von Kauffungen

Abend

Managed Care Networking Dinner
mit den Referenten und einem Künstler

Tagungsort

World Trade Center
Leutschenbachstr. 95
8050 Zürich

Kosten

CHF 490.–
CHF 590.– mit Managed
Care Networking Dinner

Sprache

Deutsch

Information / Organisation

MKR Consulting AG
Marketing- und
Kommunikationsberatung
Steinerstr. 37
3006 Bern

Franziska Goldinger
Telefon 031 350 40 55
franziska.goldinger@fmc.ch

Anmeldung

Sie können sich direkt über
die Website des Forums
Managed Care anmelden:
www.fmc.ch (> Symposien)

Vielen Dank

Dort erfahren Sie auch mehr über
das FMC als Veranstalter.

Stephan Hammer, Martin Peter

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Eine Auslegeordnung

Die Schweizerische Krankenversicherung sieht neben regulierenden Rahmenbedingungen auch wettbewerbliche Elemente vor. Die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen ist jedoch gering. Inwieweit die Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung verstärkt werden sollen, wird kontrovers diskutiert.



Stephan Hammer

Ausgehend von der Diskussion um die Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) INFRAS beauftragt, bestehende und mögliche neue Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung in Form einer Auslegeordnung darzustellen. Folgende Fragen werden beantwortet:

- Wie ist die Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen zu beurteilen?
 - Welche Wettbewerbselemente idealtypischer Modelle des regulierten Wettbewerbs und ausländischer Gesundheitssysteme könnten für die Schweiz von Interesse sein?
 - Welche Vorschläge zur Reform des KVG schlagen die Literatur und gesundheitspolitische Akteure vor?
- Die Auslegeordnung befasst sich mit dem Wettbewerb im Markt der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. der Grundversicherung. Zudem werden wichtige Bezüge zwischen dem OKP-Markt und dem Zusatzversicherungsmarkt berücksichtigt. Analysiert werden der



Martin Peter

Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern (nachfolgend «Versicherer» genannt) und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden. Der Markt der Zulieferer (Hilfsmittel und Medikamente) wird nicht betrachtet. Bei den Leistungserbringenden beschränkt sich die Auslegeordnung auf die Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen sowie die Spitäler.

Die Analyse der Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringenden

erfolgt anhand des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs, das zwischen den Merkmalen Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis unterscheidet. Der Bericht stützt sich auf eine Dokumentenanalyse und ergänzende Experteninterviews.

Wettbewerb zwischen den Versicherern

Die Intensität des Wettbewerbs zwischen den Versicherern im OKP-Markt, der sich auf die Erreichung der Wettbewerbsziele (v.a. effiziente Ressourcenallokation) ausrichtet, ist gering:

- Erstens ist der Wettbewerb zwischen den Versicherern im OKP-Markt durch gesetzliche Regulierungen eingeschränkt.
- Zweitens findet heute zwischen den Versicherern kein transparenter Wettbewerb bezüglich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte statt. Der Wettbewerb fokussiert vor allem auf den Preis (Prämienwettbewerb), jedoch kaum auf die Qualität des Leistungsangebots. Die dominierende Wettbewerbsstrategie der Versicherer ist die Risikoselektion. Demgegenüber tritt der Wettbewerb hinsichtlich des Managements der Leistungskosten in den Hintergrund. Bei den Managed-Care-Modellen treiben die Versicherer aufgrund der eigenen Interessen (Risikoselektion) und der Bedürfnisse der Versicherten (Wahlfreiheit) vor allem sogenannte «Light-Modelle» voran. Die «echten» Managed-Care-Modelle (mit Budgetverantwortung, Gatekeeping, Vernetzung und Qualitätssicherung) haben sich kaum verbreitet.

Der Wettbewerb zwischen den Versicherern fokussiert vor allem auf den Preis, jedoch kaum auf die Qualität des Leistungsangebots.

- Drittens bestehen Hinweise, dass das Marktergebnis im Krankenversicherungsmarkt in Richtung einer effizienten Ressourcenallokation weiter verbessert werden kann.

Folgende Gründe sind für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern im OKP-Markt massgebend:

- Der Handlungsspielraum der Versicherer könnte in verschiedener Hinsicht erhöht werden, vor allem durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und grösseren Freiheiten bei der Gestaltung des Versicherungsvertrags (bspw. Flexibilisierung in zeitlicher Hinsicht).
- Der bestehende Risikoausgleich führt dazu, dass eine Risikoselektionsstrategie im Vergleich zu einer Kostenmanagementstrategie für die Versicherer attraktiver ist.
- Die «echten» Managed-Care-Modelle haben sich vor allem aufgrund ungenügender (finanzieller) Anreize für die Versicherten und dem bisher ungenügenden Risikoausgleich kaum verbreitet.

Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden

Ärztinnen und Ärzte

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten in ambulanten Praxen besteht kaum Wettbewerb. Hauptgrund für den fehlenden Wettbewerb ist der Kontrahierungszwang. Zusammen mit dem geringen Interesse der Versicherten, sich in der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken, und der Einzelleistungsabrechnung führt der Kontrahierungszwang dazu, dass Ärztinnen und Ärzte wenig Interesse und wenig Notwendigkeit sehen, sich gegenüber anderen Ärztinnen und Ärzten konkurrierend zu verhalten. Entsprechend haben sie ein geringes Interesse an Managed-Care-Modellen (insbesondere an denjenigen mit Budgetverantwortung) und an einem Preis-Leistungs-Vergleich. Die Erfolge der «echten» Managed-Care-Modelle hinsichtlich Preis und Qualität der Leistungen zeigen, dass das Marktergebnis der Ärzteschaft noch wesentlich verbessert werden könnte. Ein weiterer Grund für die geringe Wettbewerbsintensität zwischen Ärztinnen und Ärzten sind fehlende öffentlich zugängliche Informationen zur Qualität und zum Nutzen der erbrachten Leistungen. Damit fehlen den Patientinnen und Patienten wichtige Informationen zur Wahl der Ärztin bzw. des Arztes. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Patientinnen und Patienten über eigene Erfahrungen und informelle Informationen verfügen, die zu einem gewissen Qualitätswettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten führen. Bei der Beurteilung der Wettbewerbsintensität zwischen Ärztinnen und Ärzten ist jedoch wie folgt zu differenzieren:

- Während zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten wenig Wettbewerb besteht, konkurrieren gewisse Spezialisten auf indirekte Weise (bspw. Werbung über Privatkliniken).
- In ländlichen Regionen ist die Wettbewerbsintensität zwischen der Ärzteschaft geringer als in den Städten.

- Der Trend zu Ärztenetzen könnte den Wettbewerb zwischen Ärztinnen und Ärzten beleben.

Spitäler

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Spitälern im OKP-Markt ist gering, hat sich in den letzten Jahren jedoch leicht erhöht. Gründe dafür sind der Trend zur leistungsorientierten Spitalplanung, die grössere Autonomie der Spitäler gegenüber den Kantonen und die ersten Ansätze zu separaten Tarifverhandlungen der Versicherer mit den Spitälern. Zudem ist davon auszugehen, dass die neue Spitalfinanzierung die Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert.

Bei den Spitälern besteht jedoch nach wie vor eine hohe Regelungsdichte, die den Wettbewerb massgeblich einschränkt. Wesentliche Hemmnisse im Hinblick auf eine Verstärkung des Wettbewerbs sind die föderalistischen Marktstrukturen (v.a. Spitalplanung), die Spitalfinanzierungsgrundsätze und die kantonal weitgehend

Bei den Spitälern besteht nach wie vor
eine hohe Regelungsdichte, die den Wettbewerb
massgeblich einschränkt.

einheitlichen Tarife. Weitere Hemmnisse sind fehlende transparente und vergleichbare Informationen zur Leistungsqualität der Spitäler, der Kontrahierungszwang und das mangelnde Interesse der Spitäler an integrierten Versorgungsmodellen bzw. an Managed-Care-Modellen.

Idealtypische Modelle des regulierten Wettbewerbs

Die Auslegeordnung stellt die idealtypischen Modelle von Enthoven («Managed Competition-Modell») und von Porter/Teisberg («Value-Based Competition Modell») dar:

- Enthoven stellt in seinem Modell den Wettbewerb zwischen Versicherungsmodellen in den Vordergrund. Durch diesen Wettbewerb sollen insbesondere die Vorteile integrierter Versorgungssysteme genutzt werden. Der Marktprozess soll von sogenannten «Sponsoren» bzw. «Einkaufskooperationen» strukturiert und gesteuert werden. Die Sponsoren schliessen im Auftrag ihrer Versicherten Verträge mit verschiedenen Versicherungsmodellen ab und steuern den Marktprozess über kollektive Regeln (u.a. Einheitsprämie, einheitlicher Leistungskatalog und Risikoausgleich). Der Staat soll sich auf grundlegende Regulierungen (bspw. Durchsetzung des Wettbewerbsrechts) beschränken.

Tabelle 1 Wettbewerbselemente ausländischer Gesundheitssysteme.

Länder	Wettbewerbselemente
Niederlande	Selektive Vertragsgestaltung (bzw. Aufhebung des Kontrahierungszwangs) Morbiditätsorientierter Risikoausgleich Diverses: Möglichkeit für die Versicherer, Gewinne zu erzielen; Anwendung des Wettbewerbsrechts; Bemühungen zur Verbesserung der Information über die Leistungsqualität; freie Mobilität der Patientinnen und Patienten
Deutschland	Individuelle Versicherungsmodelle der Krankenkassen: Hausarztmodelle, spezielle Modelle für strukturierte Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung Risikoausgleich: Berücksichtigung gesundheitsbezogener Faktoren (u.a. Ausgaben für die stationäre Versorgung und die Arzneimittelversorgung) Diagnosebezogene Fallpauschalen in der stationären Behandlung
USA	Erfahrungen mit Managed-Care-Modellen Erfahrungen mit dem Managed-Competition-Modell (z.B. Stanford University) Erfahrungen mit Instrumenten zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer

- Porter und Teisberg erachten den Wettbewerb zwischen einzelnen Leistungserbringenden um die Verbesserung des Nutzens (bzw. Werts) der Leistungen über den ganzen Behandlungszyklus als zentral. Wichtigstes Element zur Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringenden ist die Verfügbarkeit von Informationen zu den Behandlungsergebnissen. Porter und Teisberg gehen davon aus, dass die Fokussierung auf die Qualität der Leistungen entlang der Behandlungskette verstärkt zu koordinierten Angeboten der Leistungserbringenden führen wird. Dem Staat kommt in diesem Modell neben der Einführung einer obligatorischen Grundversicherung eine unterstützende Rolle zu (bspw. Bereitstellen von Grundlagen zur Information über die Qualität der Leistungen).

Das KVG berücksichtigt bereits einige regulatorische Forderungen der beiden idealtypischen Modelle. Im Falle einer wettbewerbsorientierten Reform des KVG könnten folgende Elemente dieser Modelle von Interesse sein:

- Grösserer Handlungsspielraum für die Versicherer und die Leistungserbringenden
- Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ebene der Versicherungsmodelle
- Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer, vor allem durch verbesserte Informationen zur Qualität der Leistungen

Beispiele ausländischer Wettbewerbsmodelle

Tabelle 1 zeigt Wettbewerbselemente der Gesundheitssysteme der Niederlande, von Deutschland und den USA, die für die Schweiz im Hinblick auf eine wettbewerbsorientierte Reform des KVG von Interesse sein könnten.

Vorschläge für die Reform der Schweizer Krankenversicherung

Reformvorschläge der Literatur

Die Literatur schlägt mehrheitlich folgende Kernelemente zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG vor:

- Aufhebung des Kontrahierungszwangs, ergänzt durch eine freie Preisbildung (Vergütungsformen und -höhen), die Anwendung des Kartellgesetzes auf den OKP-Markt und die Aufhebung der Spitalplanung
- Reduktion der Anreize zur Risikoselektion durch eine Reform des Risikoausgleichs oder risikoabhängige Prämien
- Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung.

Weiter werden u.a. die stärkere Vernetzung der Leistungserbringenden und die Förderung von Managed-Care-Modellen, die Aufhebung von wettbewerbsbeschränkenden Vorgaben für die Versicherer, verbesserte Informationen zur Qualität der medizinischen Leistungen, die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Versicherten und die freie Spitalwahl gefordert.

Positionen der Akteure des Gesundheitswesens

Zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens besteht hinsichtlich folgender Aspekte des KGV weitgehend Konsens:

- Die Krankenversicherung soll eine Sozialversicherung mit einem rechtsgleichen Zugang der Versicherten und solidarischer Finanzierung bleiben. Entsprechend werden das Versicherungsobligatorium, die Freizügigkeit der Versicherten, der einheitliche Grundleistungskatalog, einheitliche Prämien, der Risikoausgleich, die Kostenbeteiligung und die Prämienverbilligung unterstützt.

Tabelle 2 Mögliche Ansätze für eine wettbewerbliche Reform des KVG.

Stossrichtungen	Erhöhung des Handlungsspielraums der Versicherer und der Leistungserbringer bei der Gestaltung ihrer Produkte
	Förderung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Leistungserbringern sowie zwischen Versorgungsnetzen
	Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen
Massnahmen	Förderung von Managed-Care: differenzierter Selbstbehalt, grösserer Spielraum bei der Prämienreduktion, längere Vertragsdauer
	Aufhebung des Kontrahierungszwangs (bzw. Vertragsfreiheit)
	Bereitstellung von Grundlagen zur Verbesserung der Transparenz der Qualität der erbrachten Leistungen
	Monistische Spitalfinanzierung
	Aufhebung der Spitalplanung
	Orientierung der Prämienverbilligung an den Angeboten der Versicherer mit den tiefsten Prämien

- Zukünftig sollen Managed-Care-Modelle (v.a. integrierte Versorgungsmodelle) verstärkt gefördert und die Informationen zur Qualität der Leistungen verbessert werden.

Hinsichtlich der Frage, ob und in welchem Ausmass die Wettbewerbselemente im KVG verstärkt werden sollen, sind sich die Akteure des Gesundheitswesens jedoch nicht einig. Die unterschiedlichen Positionen bezüglich dieser Grundsatzfrage können am Beispiel der Positionen der Versicherer (bzw. von santésuisse) und den Kantonen (bzw. der GDK) deutlich gemacht werden:

- Die Versicherer setzen sich für eine wettbewerbliche Reform des KVG ein. Von zusätzlichen Wettbewerbselementen im KVG erwarten die Versicherer eine Ver-

hebung des Kontrahierungszwangs und die monistische Spitalfinanzierung.

Fazit

Vorliegende Auslegeordnung kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Die gesundheitspolitischen Akteure sind sich einig, dass die Krankenversicherung eine Sozialversicherung bleiben soll.
- Hinsichtlich einer allfälligen Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen vertreten die Akteure des Gesundheitswesens unterschiedliche Positionen. Entsprechend ist ein Grossteil der von der Literatur vorgeschlagenen Massnahmen zur Verstärkung der Wettbewerbselemente im KVG umstritten.
- Zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringenden (Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler) besteht heute kaum Wettbewerb, der auf eine effiziente Ressourcenallokation abzielt.
- Falls die Politik die Wettbewerbselemente im KVG verstärken will, lassen sich aus den Erfahrungen mit dem KVG, der Literatur, der ausländischen Erfahrungen und der Positionen der Akteure des Gesundheitswesens eine Reihe von Stossrichtungen und Massnahmen ableiten (Tabelle 2).

Hinsichtlich der Frage, ob und in welchem Ausmass die Wettbewerbselemente im KVG verstärkt werden sollen, sind sich die Akteure des Gesundheitswesens nicht einig.

stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung aller Akteure, einen möglichst effizienten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen, die Förderung von Qualität und vermehrte Anreize für Innovationen.

- Die GDK ist gegenüber wettbewerbsorientierten Reformen des KVG deutlich skeptischer. Ausgehend vom heutigen System sollten diejenigen wettbewerblichen oder planerischen Elemente verstärkt werden, die eine möglichst gute Erreichung der Ziele des KVG ermöglichen. Von einer Wettbewerbszunahme erwartet die GDK diesbezüglich nur beschränkt positive Wirkungen.

Die unterschiedlichen Grundpositionen der gesundheitspolitischen Akteure führen dazu, dass viele der von der Literatur vorgeschlagenen wettbewerblichen Reformmassnahmen umstritten sind, beispielsweise die Auf-

Stephan Hammer, Martin Peter
c/o INFRAS
Binzstrasse 23, Postfach, 8045 Zürich
stephan.hammer@infras.ch, martin.peter@infras.ch
zuerich@infras.ch

Der Link zur Studie

Der Schlussbericht «Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung» ist unter folgendem Link verfügbar: <http://www.obsan.admin.ch> > publikationen.

Interview mit Volker Amelung und Werner Vogd

Ein Kürzel, das polarisiert

DRG: Was die Schweiz aus der fünfjährigen Erfahrung in Deutschland lernen kann

Ab 2012 werden Schweizer Spitäler ihre Leistungen im Rahmen der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) verrechnen müssen. Viele Fragen dazu erhizen die Gemüter – geschürt von den unterschiedlichen Erfahrungen in Deutschland: Welche unerwünschten Wirkungen wird dieses (ökonomisch sinnvolle) Vergütungssystem haben? Können Patientinnen und Patienten noch «lege artis» behandelt werden? Und andere mehr. Das Forum Managed Care hat zwei ausgewiesene Exponenten aus Deutschland eingeladen, Antworten auf diese Fragen und Empfehlungen für die Schweiz zu formulieren.

Care Management: *Seit etwa fünf Jahren werden stationäre Leistungen in Deutschland im Rahmen von DRG-Fallpauschalen vergütet: Welches sind die besten Wirkungen und Entwicklungen, die sich daraus – erwartet und unerwartet – ergeben haben?*



Volker Amelung

Volker Amelung: Die wichtigsten Entwicklungen liegen tatsächlich nicht in den originären Zielen der Kostensteuerung. DRGs erfordern ein Target Costing, d.h. die Erlöse sind mehr oder weniger gegeben und die Institutionen sind gezwungen, ihre Strukturen entsprechend anzupassen. Dies erfordert, dass in einem ersten Schritt die Prozesse und Strukturen in einer Organisation transparent gemacht und einzelnen, abrechenbaren Produkten zugeordnet werden müssen. Konkret bedeutet dies, dass zuerst alle Abläufe produkt-

orientiert analysiert und entsprechend den Kosten zugeordnet werden müssen. Alleine das Transparentmachen und Analysieren von Prozessen aus Produkt- und somit automatisch aus Patientensicht führt nahezu zwangsläufig zur Optimierung von Prozessen. Die Verkürzung von Liegezeiten ist hier exemplarisch. Ausserdem hat die Einführung von DRGs dazu geführt, dass ökonomische Überlegungen in den Alltag von Medizinern auf den Stationen Einzug gehalten haben und auch auf dieser Ebene Überlegungen über die sinnvolle Gestaltung des Portfolios stattgefunden haben.

Und welches sind die schwierigsten (Neben-)Wirkungen und Fehlentwicklungen?

Nicht gewollte Fehlsteuerungen. DRGs bergen die Gefahr einer deutlichen Überbetonung ökonomischer Aspekte. Es besteht eine erhebliche Gefahr, dass die Qualität der erbrachten Leistungen sinkt und dass es zu Selektionseffekten kommt. Ausserdem bestehen erhebliche Anreize,

Werner Vogd: Durch die Einführung der DRGs wurde die alte bürokratische Institution Krankenhaus gezwungen, über ihre eigenen Prozesse nachzudenken. Es wurde deutlich, dass viele Einrichtungen nur dann überleben können, wenn sie effizienter werden und sich von alten unbürokratischen Routinen und mikropolitischen Spielen verabschieden. Zudem ist die Reduktion der durchschnittlichen Liegezeiten sicherlich in vielen Fällen positiv zu bewerten, da der stationäre Aufenthalt auch mit Blick auf iatrogenetische Faktoren (man denke hier etwa an multiresistente Keime) und die Patientenautonomie so kurz wie möglich zu halten ist.



Werner Vogd

Die begrüssenswerten positiven Steuerungswirkungen haben zunächst den ökonomischen Charakter der DRGs verdeckt. Durch das Recht wurde hier eine Ware geschaffen, die von unterschiedlichen Anbietern wirtschaftlich auf Gewinn und Verlust kalkuliert werden kann. Man

Leistungen zwischen den Sektoren zu verlagern. Konkret bedeutet dies, dass der stationäre Sektor Leistungen in den ambulanten Sektor «verlagert». Dies ist sicherlich nicht im Interesse der Patienten und führt nicht zum Abbau von Schnittstellen, sondern verschärft diese tendenziell eher.

erhoffte sich hierdurch mehr Transparenz im Hinblick auf die Bewertung medizinischer Leistungen und eine leistungsgerechte Bezahlung, doch das Umgekehrte ist geschehen. Man passt die Abläufe jetzt zwar so an, dass man das maximal Mögliche aus einer DRG herauswirtschaftet. In der Praxis bedeutet dies jedoch gerade nicht, dass der Behandlungsprozess als Ganzes sinnvoll organisiert wird. Im Gegenteil: die neuen Regeln des Spiels heissen: Fragmentiere den Behandlungsprozess so, dass ein möglichst grosser Teil der Behandlungskosten den anderen Partnern des Behandlungsnetzwerkes zugeschustert wird [1, 2]. Viele Ärzte leiden unter dieser Fragmentierung ihrer Arbeit und empfinden, dass sie unter den neuen Bedingungen nicht mehr ärztlich, d.h. mit Blick auf den ganzen Patienten arbeiten können. Mit Blick auf die Entwicklung in den USA lässt sich mittlerweile auch sagen, dass die DRGs auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht zu paradoxen Effekten führen. Man hat mit den DRGs zwar verrechenbare Waren eingeführt, die jedoch genau das, was sie sollen – nämlich den Wert einer medizinischen Dienstleistung abzubilden – nicht tun [3].

Wenn Sie heute ein Fazit aus diesen ersten fünf Jahren ziehen: Wie würde dieses ausfallen und welche Änderungen und Konsequenzen würden Sie für die deutschen Verhältnisse fordern?

Durchaus ein überwiegend positives Fazit. Krankenhäuser wurden gezwungen, ihre Prozesse konsequent zu analysieren und entsprechend zu optimieren. Auch bieten nun nicht mehr alle Krankenhäuser alle Leistungen an, sondern die Spezialisierung auf Kernkompetenzen wurde deutlich gefördert. Dies ist insbesondere in Krankenhausmärkten – wie beispielsweise Berlin mit nahezu 70 Krankenhäusern – sinnvoll und notwendig. Die Kernkritik richtet sich in Deutschland weniger an die DRGs im engeren Sinne, sondern mehr an die Rahmenbe-

Besonders fatal ist das mit den DRGs eingeführte Nullsummenspiel. Der Gewinn eines Trägers ist der Verlust eines anderen. Aus diesem Grund lohnt es sich für Einrichtungen, kurzfristig an der Strukturqualität im eigenen Haus zu sparen (kaum noch Ausbildung, personelle Unterbesetzung usw.), um dann mittelfristig zu den überlebenden Anbietern zu gehören. Es ist dringend notwendig, Anreizsysteme zu schaffen, damit es sich beispielsweise wieder lohnt, gute Fachärzte auszubilden, die ein Krankenhaus vorfinden, in dem man gerne arbeiten möchte.

«Das Fazit ist ein überwiegend positives.
Krankenhäuser wurden gezwungen,
ihre Prozesse konsequent zu analysieren
und entsprechend zu optimieren.»

dingungen und deren Verlässlichkeit. Steuerungselemente können nur dann wirken, wenn die Akteure sich auf die Rahmenbedingungen verlassen können. Diese werden in Deutschland laufend und «ohne Vorwarnung» verändert. Ausserdem wird den Instrumente nicht getraut und entsprechend werden sie mit einem doppelten Boden versehen. Es ist wenig sinnvoll, DRGs und Mengenbeschränkungen (Budgetverhandlungen) zu kombinieren.

Was würden Sie der Schweiz für die Einführung der DRG-basierten Vergütung mit auf den Weg geben wollen?

Anreizsysteme haben grundsätzlich intendierte und nicht intendierte Wirkungen. Deshalb wird in der wissenschaftlichen Diskussion auch immer die Kombination von unterschiedlichen Managed-Care-Instrumenten gefordert. «Nur DRGs» sind sicherlich eine gefährliche Strategie. Sie müssen mit anderen Instrumenten kombiniert werden. Bei jedem Managed-Care-Instrument muss geprüft werden, welche Fehlsteuerungen es auslöst. Entsprechend muss ein weiteres Instrument eingesetzt werden, dass diesen entgegensteuert. Aber das Entscheidende ist aus meiner Sicht, verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen kann man nur hoffen, dass die Schweizer klüger sind als die Deutschen und ein ökonomisches Anreizsystem entwickeln, das die Qualität des gesamten Behandlungsprozesses zur Messgrösse nimmt, statt mit den DRGs eine Klasse virtueller medizinische Produkte zu erschaffen, die gar nicht das leisten können, was sie sollen [4]. Es wäre also zu hoffen, dass man dieses Instrument entsprechend der ursprünglichen Absicht von Robert Fetter [5] weniger als ökonomisches Anreizsystem nutzt, sondern vor allem als Instrument der Qualitätssicherung. Dies hiesse, die eigentliche wirtschaftliche Steuerung an Kriterien zu binden, die den gesamten Behandlungsprozess (einschliesslich Vorsorge, Pflege und Rehabilitation) abbilden.

Literatur

- 1 Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Bern: Huber 2006.
- 2 Vogd W. Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. Berliner Journal für Soziologie. 2007; 17(1): 97–119.
- 3 Samuel S, Dirsmith MW, McElroy B. Monetized medicine:

- from physical to the fiscal. Accounting Organizations and Society 2005; 30:249–78.
- 4 Fetter B, Brand DA, Gamache DE. DRGs: their design and development. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press 1991.
- 5 Porter E, Teisberg M, Olmstedt E. How Physicians Can Change the Future of Health Care. JAMA. 2007; 297(10): 1103–11.

Korrespondenz:

Prof. Dr. oec. Volker Amelung
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Strasse 1
30625 Hannover
amelung@berlin.de

Korrespondenz:

Prof. Dr. Werner Vogd
priv. Universität Witten Herdecke
Fakultät für Kulturreflexion
Lehrstuhl für Soziologie
Alfred-Herrhausen-Strasse 50
58448 Witten
werner.vogd@uni-wh.de

Zwei Symposien zu DRG

Die Vorarbeiten zur Umsetzung der Swiss-DRG sind in vollem Gange – entsprechend hoch ist der Informationsbedarf. Die folgenden beiden Veranstaltungen schliessen an das Interview mit Volker Amelung und Werner Vogd an:

- **11. Mai 2009, Zürich:** Fünf Jahre DRG in Deutschland: Was kann die Schweiz lernen und jetzt umsetzen?

- **17. Juni 2009, Zürich:** Begleitforschung zur Umsetzung des Projekts Swiss-DRG – Kosten-Nutzen-Bewertung (HTA) von medizinischen Leistungen und Heilmitteln.

Weitere Informationen zu den beiden Symposien und die Möglichkeit zur Onlineanmeldung finden Sie unter www.rsmedicalconsult.com.

HMO-Praxen im Test

HMO-PRAXEN IM VERGLEICH

Nur eine Praxis erfüllt alle Kriterien, die der Gesundheitstipp zusammen mit SPO Patientenschutz aufstellte. Eine Mehrheit ist immerhin von einer unabhängigen Stelle zertifiziert.

Name, Ort	Zertifiziert	Ombudsarzt	Richtlinien öffentlich	Tägl. Fallbesprechungen
Medix-Gruppenpraxis, Zürich	Equam	Ja	Ja ¹	Ja
Pilatus-Praxis, Luzern	Equam	Ja	Ja ¹	Nein
Praxis Bubenbergr, Bern	Equam	Ja	Ja ¹	Nein
HMO Gesundheitsplan, Basel ²	Equam	Ja	Nein	Nein
Sanacare-Praxen	SQS	Ja	Nein	Nein
Xundheit-Praxen	Nein ³	Ja	Nein	Ja
Gesundheitszentrum, Baden	Nein ⁴	Ja	Nein	Nein
Swica-Gesundheitszentren	Nein	Nein	Nein	Nein

- Alle Kriterien erfüllt
- Ombudsarzt, zertifiziert und ein weiteres Kriterium erfüllt
- Ombudsarzt und zertifiziert
- Ombudsarzt, noch nicht zertifiziert
- Kein Ombudsarzt, nicht zertifiziert

¹ www.medix.ch

² Gruppenpraxis von HMO Gesundheitsplan, zu dem noch rund 80 weitere Ärzte gehören

³ Bis Ende 2008 Equam-zertifiziert; wollen sich noch dieses Jahr SQS-zertifizieren lassen

⁴ Will sich noch dieses Jahr Equam-zertifizieren lassen

Der Gesundheitstipp hat HMO-Praxen unter die Lupe genommen und Erstaunliches festgestellt. Einige sparen sogar an der Qualität.

Auffällig an diesem Vergleich: Praxen, die Krankenkassen gehören, schneiden generell schlechter ab. Insbesondere die Swica-Gesundheitszentren erfüllten keines der vier untersuchten Kriterien.

Die drei Praxen mit den besten Resultaten sind im Besitz von Ärzten, die auch dort arbeiten.

Der Vergleich lässt somit den Schluss zu, dass sich der Einfluss der Krankenkassen negativ auf die Praxisqualität auswirkt.

Der Artikel «HMO-Praxen: Es gibt grosse Unterschiede» von Christian Eng erschien im Gesundheitstipp (Februar 2009) und kann unter www.gesundheitstipp.ch heruntergeladen werden.

docbox-Spitalüberweisungen

Leserbrief zum Artikel «E-Health als Mehrwert für die Arztpraxis» in *Care Management* 2009;1(2)

Die Aussagen von Herrn Dr. Heinz Bhend bezüglich docbox-Spitalüberweisungen bedürfen dringend einiger Präzisierungen: Heinz Bhends Wissensstand ist nicht mehr aktuell. Die docbox-Spitalüberweisung ist sehr viel weiter entwickelt, als er es die Leserinnen und Leser glauben machen will. Der Arzt kann mit docbox direkt aus der Praxissoftware überweisen, administrative Daten werden in der Überweisung automatisch ausgefüllt, medizinische Daten werden, falls vorhanden, mitgeliefert. Eine elektronische Krankengeschichte ist jedoch nicht zwingend nötig. Die Überweisung gelangt automatisch an den richtigen Ort im Spital, der Arzt sieht, ob die Überweisung dort weiterverarbeitet wurde. Eine Kopie der Überweisung kann man sich automatisch in der Praxissoftware ablegen und an die Krankengeschichte des Patienten

anhängen lassen. Wahlweise kann auch ein PDF für Krankengeschichten in Papierform ausgedruckt werden. Und das alles mit acht Klicks und zwei auszufüllenden Feldern! Der ganze Prozess folgt dem Standard CDA CH im XML-Format und ist anpassbar an zukünftige Entwicklungen. Analog erhält die Praxis den Austrittsbericht direkt in die Praxissoftware. Weitere Funktionen werden folgen. Führende Praxissoftwarefirmen haben Schnittstellen für docbox entwickelt. Dank unseren Partnern der Swiss Medical Suite (H-net, the i-engineers) haben wir auch das nötige Know-how und die Produkte auf Spitalseite. In den nächsten Monaten werden darum auch rund ein Dutzend Spitäler unsere Arzt-Spital-Kommunikation ihren Überweisern anbieten. Wir pflichten Herrn Dr. Bhend bei: Formulare sind passé!

Olivier Willi, Visionary AG, 8005 Zürich

Vorschau

Care Management 3/09 erscheint am 8. Juni mit dem Schwerpunktthema «Managed Care – die reizvolle Art zu steuern».